

Валерий Новоселов

СМЕРТЬ ЛЕНИНА

МЕДИЦИНСКИЙ ДЕТЕКТИВ



ПЯТЫЙ РИМ

МОСКВА

2020

УДК 616-01
ББК 5г
Н 76

Оформление переплета М. Левыкина

Новоселов, Валерий Михайлович.

Н 76 Смерть Ленина. Медицинский детектив. — Москва : Пятый Рим (ООО «Бестселлер»), 2020. — 512 с.

ISBN 978-5-6043328-2-5

Перед вами захватывающий документальный детектив-расследование, основанный на научных трудах блистательных врачей начала XX века. Многие из этих врачей изо дня в день лечили Владимира Ильича Ленина и видели всю картину болезни, которая стремительно превратила гения политической импровизации в полную развалину, а потом и убила его.

Болезни, последствия которой имели катастрофические последствия для Советского Союза.

Долгое время картина страданий и смерти вождя пролетарской революции подменялись сиропной пропагандистской картинкой.

Председатель секции геронтологии МОИП при МГУ, директор АНО «Научно-медицинский центр», врач-гериатр Валерий Новоселов первым из медиков-исследователей получил полный доступ к дневнику, который вели лечащие врачи Ленина. Из этого документа специалистам стала понятна клиническая картина болезни «пациента Ульянова».

**УДК 616-01
ББК 5г**

© Новоселов В.М., 2020
© Издательство «Пятый Рим»™,
2020
© ООО «Бестселлер», 2020

ISBN 978-5-6043328-2-5

*«Врачам отечества без различия
званий, сословий и религий, посвя-
щается».*

От автора

Уважаемый коллега!

Эта книга адресована прежде всего врачам — неврологам, психиатрам, токсикологам, патологоанатомам, судебным экспертам, патофизиологам, специалистам по истории медицины, но я постарался сделать так, чтобы ее мог понимать и неподготовленный читатель. Перед вами одно из самых сложных событий в истории отечественной медицины — история болезни Владимира Ильича Ульянова-Ленина, основателя СССР.

Без всякого сомнения, пациент В.И. Ульянов, 1870 г.р., был одним из выдающихся политиков в истории, человеком, изменившем ход развития всего мира.

Я оцениваю масштабность данной личности и признаю ее историческую значимость, но в тексте этой книги действуют **только врачи и их пациент**, а не историческая персона. Я постараюсь сосредоточиться на рассказе о течении патофизиологических процессов, как их тогда понимали, о методах лечения, которые остались теперь лишь в истории медицины.

Эта книга — скромная попытка разобраться в спорных взглядах медицинского сообщества России на конкретный клинический случай. До сегодняшнего дня никто из моих коллег, обсуждавших его, не видел оригинальных документов, написанных врачами пациента.

Вопросов по течению болезни пациента было и остается много, патологоанатомическое же заключение о смерти пациента, которое должно было бы ответить на вопросы врачебного сообщества, здесь я согласен с единственным исследователем темы болезни пациента директором НИИ физико-химической медицины МЗ РФ профессором Ю.М. Лопухиным, рождает еще больше вопросов. Историки, никогда не видевшие и не читавшие учебники для врачей, как тех лет, так и современные руководства, и это на фоне отсутствия даже минимального медицинского образования, но уверенно говорящие о болезни Ленина, вносили и продолжают вносить сумятицу в головы обычных читателей, да и врачей.

Поэтому, чтобы избежать влияния субъективных мнений любых «лениноведов», осознанно или несознательно вводящих в заблуждение мировое сообщество, мною использованы лишь документальные источники:

1. Бюллетень о смерти В.И. Ульянова
2. Акт патологоанатомического вскрытия тела Владимира Ильича Ульянова (Ленина) от 22 января 1924 года, начатого в 11-10, законченного в 15-50.
3. Дневник лечащих врачей пациента (данный документ известен под разными названиями)
4. «Что дало вскрытие тела Владимира Ильича», Н. Семашко, «Известия» в «У великой могилы», 1924, Издание газеты «Красная звезда»
5. Протокол вскрытия тела Ф.Э. Дзержинского от 21 июля 1926 года, начатого в 00-30, законченного в 1-30.
6. «Руководство по частной патологии и терапии внутренних болезней для врачей и студентов», А. Штрюмпель, 1896, Типография Волчанинова

7. «Курс нервных болезней профессора А.Я. Кожевникова. Лекции, записанные студентами», Издание 4, 1904, Поставщик двора его величества Товарищество Скоропеч, Москва
8. «Краткая терапия нервных болезней», Минор Л.С., 1910, Издание Студенческой Медицинской Издательской Комиссии, Москва
9. «Частное учение о душевных болезнях», В.П. Осипов, 1923, Из-во «Практическая медицины», Петроград
10. «Сифилис нервной системы», Пособие для высшей школы, под редакцией проф. А.И. Абrikосова, проф. П.Б. Ганнушкина, проф. М.С. Маргулиса, 1927, Москва — Ленинград
11. «Основы патологической анатомии», М. Никифоров, 1913, Издание А.А. Карцева, Москва

Использование только оригинальных документов и медицинской литературы начала прошлого века позволило сделать научную часть данной книги лишенной любого оценочного мнения непрофессионалов и избежать когнитивного искажения представленной информации.

Я не выбирал эту тему, ее мне выдали в аспирантуре НИИ мозга ВНЦПЗ АМН СССР более четверти века назад. Перед вами результат многолетнего труда. Взяв сложную тему изучения механизмов старения мозга с сосудистым поражением атеросклеротической природы, которое как предполагалось тогда, было у Ленина, я логически завершаю ее данной книгой.

Многие врачи разных специальностей задавали мне один и тот же вопрос — зачем мне это надо? И только дописав эту книгу, я могу сказать — это надо не мне лично, это надо всем нам. Забытыми героями этой истории оказались наши коллеги, и они заслуживают, чтобы их

роль была правильно оценена врачебным сообществом. Любой человек имеет право на память и эти люди не должны быть в той «непонятной» исторической позиции, в которой они остаются до настоящего времени — «лечили не так и не от того». Главный же вывод моей книги: врачи нашего цифрового века, как и наши коллеги из будущего, должны знать все стороны истории отечественной медицины, чтобы в будущем избежать повторения использования как нас самих, так и нашей профессии в угоду любому режиму. Всё это и заставило меня взяться за столь сложный труд и написать книгу, которая сейчас лежит перед вами.

Хочу высказать благодарность всем врачам, патологоанатомам и судебным экспертам, которых заинтересовала эта история, и которые дали мне много полезных комментариев.

Особую благодарность хочу высказать руководству РГАСПИ в лице его директора Сорокина Андрея Константиновича за предоставленную возможность ознакомиться с документом «дневники дежурных врачей», историку периода гражданской войны профессору Федюку Владимиру Павловичу и Председателю Московского общества неврологов академику Яхно Николаю Николаевичу за заинтересованность темой и критические замечания, которые наполнили смыслом мою работу.

Хорошего чтения, коллеги!

ЧАСТЬ 1

**БОЛЕЗНЬ
И СМЕРТЬ ЛЕНИНА
В МЕДИЦИНСКИХ
ДОКУМЕНТАХ**

Это документальная часть книги. Она включает в себя:

- комментарии и справки из медицинской литературы, в основном начала XX века, к клиническому течению болезни В.И. Ульянова, отраженной в записях врачей пациента,
- краткую хронологию значимых событий, отраженных в дневниках лечащих врачей, с точки зрения клинического мышления современного врача,
- список препаратов, которые использовали врачи пациента,
- список лиц, как отмеченных в дневнике лечащих врачей, так и лиц, имеющих отношение к данной истории,
- акт патологоанатомического заключения тела В.И. Ульянова, выполненный профессором А.И. Абрикосовым и часть акта патологоанатомического заключения тела Ф.Э. Дзержинского, выполненная тем же специалистом,
- бюллетень о смерти В.И. Ульянова,
- патологоанатомический взгляд на статью Н.А. Семашко через призму монографий основателей отечественной патологической анатомии выдающихся патологоанатомов прошлого М.Н. Никифорова, А.И. Абрикосова и И.В. Давыдовского.

Уважаемый коллега, с определенного момента дневника, в силу этических причин, я не привожу большую часть физиологических подробностей жизни пациента

В.И. Ульянова, даже несмотря на то, что это несколько сглаживает тяжесть клинической картины его болезни, особенно за последний год жизни. Прошу обратить внимание, что эта часть не включает мнения автора книги, она полностью документирована источниками из истории медицины конца XIX — начала XX веков. Это прямая речь врачей того времени, их понимание течения болезни. Комментарии автора здесь носят только уточняющий характер. При подведении итогов я дам только свои личные клинические и патологоанатомические выводы, но в этой части есть только моя озвучка тех врачей, которые уже ничего не могут сказать.

Обороты речи, стиль изложения и устаревшие термины, непривычные слуху современного врача, автор старался не менять на современные в связи с историческим характером повествования.

Что такое «дневник врачей В.И. Ульянова»?

Это оригинальный машинописный документ, известный сотрудникам архивов под именами *«дневник доктора А.М. Кожевникова»* или *«дневники дежурных врачей В.И. Ульянова»*. Он представляет собой записи трех лечащих врачей пациента — **доктора А.М. Кожевникова, приват-доцента, доктора В.В. Крамера, профессора и доктора В.П. Осипова, также профессора**. В этом документе присутствуют и мнения ряда врачей: Авербаха, В.М. Бехтерева, Ф.А. Гетье, Г.И. Россолимо, О. Ферстера и прочих, которые ответственный за этот период дневника доктор, диктовал машинисткам. Данный документ не известен медицинскому сообществу. До сегодняшнего дня никто из моих врачей-современников, его не видел. Доклад, сделанный мною на Российском обществе

историков медицины 20 февраля 2018 года (<http://roim.historymed.ru/news/announcements/8969/>), подтверждает это — на заданный вопрос, все присутствующие историки медицины, подтвердили, что никогда не слышали об этом документе. В дневнике врачей нет никаких диагнозов или любого термина, указывающего на этиологию заболевания.

На бумаге, приклеенной к кожаной обложке коричневого цвета, напечатано:

Центральный архив ИМЭЛС при ЦК КПСС
Дневник истории болезни В/И/ Ленина с 28 мая
1922 г. — 21 января 1924 г.
Машиноп. текст с правками неизвестного.
410 лл.
Фонд 16
Опись 2с
Един. хран. 10
лл. 1-410

Дневник вложен в обычную картонную папку с те-семками.

Комментарий. Документ имеет множественные правки неизвестного, как указано на обложке, а скорее уж неизвестных, и не вызывает никакого сомнения, что это были сами врачи или кто-то из врачей. Они вносили латинские, русские названия и сокращения лекарственных средств, медицинские термины, делали важные для них пометки, вели учет дозировки применяемых препаратов, которые на обложке обозначены «правками». Самим машинисткам, в силу отсутствия медицинского образования, это было сделать невозможно и их приходилось вносить вручную врачам. Сам стиль медицинских правок

говорит, что это были разные люди, и, наиболее вероятно, они принадлежат трем вышеупомянутым врачам, ответственным за ведение дневников. Далее я этот документ буду чаще называть просто «дневник».

Вот что написано на первой странице:

*Настоящая история болезни составлена была
Кожевниковым /286 стр./.*

*проф. Крамером/руко..... и начало 2-х ма-
шинной/*

и проф. Осиповым с 5.07.23 до конца.

Комментарий. Из этого следует, что дневник велся доктором Алексеем Михайловичем Кожевниковым с самого начала (по факту, как ниже будет видно, с 29 мая 1922 года, а не с момента его создания 28 мая того же года) и до 7 мая 1923 года. Далее, до 5 июля 1923 года документ велся профессором Василием Васильевичем Крамером, а после него и до конца жизни пациента в 18-50 21 января 1924 года, дневник печатался под диктовку профессора Виктора Петровича Осипова.

Вот что произошло с этим документом затем: комиссия ЦИК СССР по организации похорон В.И. Ульянова, подняла вопрос об издании информации о жизни и болезни вождя в 1922–1924 гг. 28 января 1924 г. Комиссия ЦИК приняла единогласное решение внести предложение по данному вопросу в ЦК РКП(б). 30 января Комиссия ЦИК поручила Н.И. Бухарину, В.М. Молотову и А.С. Енукидзе организовать указанные работы, для чего А.С. Енукидзе было предложено ознакомиться с историей болезни Ленина и сообщить свое мнение о возможности ее опубликования. Он высказался в принципе за напечатание такого документа, который бы давал полную картину болезни и состояния Ленина, предварительно удалив из

записей специфические сведения лечебно-процедурного свойства. При этом Енукидзе отдавал предпочтение стилю записей доктора Кожевникова, в которых преобладали наблюдения дневникового характера с описанием и анализом фактов и событий, свидетелем которых он являлся. А.М. Кожевников, по-видимому, в 1924 г. просмотрел напечатанный на машинке текст своих записей и внес небольшие коррективы (главным образом поправил некоторые неудачные фразы и в большинстве случаев заменил местоимения «я» и «мы» фамилиями врачей).

По экземпляру доктора А.М. Кожевникова в 1991–1992 гг. были подготовлены публикации в журналах «Вопросы истории КПСС» и «Кентавр». Детали сугубо процедурного характера, как предлагал А.С. Енукидзе, сняты. Данная публикация, подготовленная сотрудниками ЦПА, охватывала не весь период, а лишь с 3 октября 1922 г. по 10 марта 1923 года. Именно тогда я узнал о существовании данного дневника, доступ к которому я получил только 25 лет спустя.

Оказалось, что при публикации 1991–1992 гг., снятие данных сугубо процедурного характера, привело к искажению клинически значимой информации. Это выяснилось при наложении данных публикаций на дневниковые данные. Кроме того, публикаторы охватили лишь небольшой и спокойный отрезок болезни Ленина, и прекратили публикацию на моментах, когда началось обострение типичной клинической картины.

Дневник начат 28 мая 1922 года с анамнеза пациента. Каждый день дневника начинается с вечера предыдущего дня либо с ночи, так как врачи заступали и передавали дежурство вечером. Есть разночтения в фамилиях в дневнике с современными их трактовками. Так, фами-

лию доктора Гетье, например, иногда пишут, как Готье; Минковский, как Минковски (список всех упомянутых в дневнике врачей и прочих лиц, связанных с данной историей, приведен в конце книги отдельным разделом). Неврастения звучит как нейрастения. Используются устаревшие термины и давно забытые лекарства, но все это в нашей истории не играет какой-либо значимой роли.

Сэр Карл Поппер так описал важность того, с чем мы столкнемся в этой книге: *«Почему проблема знания является важной? Дело в том, что она порождает определенные проблемы, которые я назову здесь «значимыми проблемами». Это проблема рациональности, такие проблемы, как рост научного знания и роль этого знания в нашей цивилизации, проблемы моральной ответственности ученого и его обязательств перед цивилизацией..... Например, это «значимые проблемы» человеческой свободы и того, чем управляется наша жизнь, проблема человеческой креативности и, возможно, самая значимая из всех — проблема нашего отношения к нашей деятельности, особенно к результатам нашей работы, проблема того, как мы можем развиваться сами в процессе работы».*

Таким образом, случайно попав в тему в 1989 году во время работы над диссертацией по сосудистому старению мозга в лаборатории возрастной физиологии НИИ мозга, только сегодня я могу полновесно донести мнение большого коллектива врачей пациента В.И. Ульянова до клинического сообщества. Я попытаюсь показать, как развивалась эта драма и что не так с актом патологоанатомического заключения.

Аналогов этой книги нет и быть не может.

Итак, уважаемый коллега...

«Histotia morbi. Родился Владимир Ильич в 1870 году, кормился грудью матери, рос здоровым, ходить и говорить начал рано. Первоначальное образование получил дома, потом поступил в Симбирскую гимназию, которую окончил семнадцати лет. Через четыре года после этого сдал экзамен по юридическим наукам в Петроградский университет. Из детских болезней перенес корь, фолликулярную жабу (ангину — примечание автора), брюшной тиф (в 1892 году), тяжелую малярию (1893 год) и в 26 лет воспаление легких. Потом не болел, за исключением повторных приступов малярии, которые выражались у него общим утомлением, головной болью и слегка повышенной температурой. Во время революционного периода Владимир Ильич работал, не щадя своих сил, в особенности в первое время, но и за последние два года он был занят не менее десяти часов в сутки, причем входил решительно во все мелочи жизни. Систематическим отдыхом в это время не пользовался. На этой почве развилось у Владимира Ильича довольно сильное мозговое переутомление, которое первоначально, т.е. два года тому назад сказалось прежде всего усилением присущих ему со времен перенесенной малярии головных болей и утомляемостью — ему было уже в это время по словам сестры Марии Ильиничны трудно провести подряд несколько заседаний, в особенности последние в очереди. Затем год тому назад яв-

ления психастении сделались у Владимира Ильича еще несколько глубже — так головные боли стали появляться все чаще и чаще, психическая утомляемость стала резче, а с осени 1921 года он почувствовал себя настолько нехорошо, что позволил себя уговорить оставить государственные дела. В таком состоянии прошли осень и зима. Но с наступлением весны еще до удаления пули, произведенной ему Borchard' ом. В конце апреля сего года Владимир Ильич стал чувствовать себя значительно лучше — головные боли прошли, настроение, которое было до этого слегка подавленное, стало хорошим, лишь хроническая утомляемость все еще беспокоила Владимира Ильича. Так дело шло до 25 мая сего года, в этот день Владимир Ильич чувствовал себя в общем, как всегда, по крайней мере, ни на что не жаловался: вечером поужинал рыбой, после которой почувствовал легкую отрыжку и изжогу. Лег в постель вовремя, но не смог долго заснуть, поэтому решил встать и прогуляться. Здесь нужно отметить, что во время прогулки, как рассказывал потом он своей сестре, почувствовал некоторую слабость в правой руке, которая сказывалась при бросании камешков в соловья, мешавшего ему заснуть. После прогулки Владимир Ильич снова лег в постель, но здесь случилась с ним около 4-00 часов ночи, рвота, сопровождавшаяся довольно резкой головной болью. После этого он заснул. На утро следующего дня Владимир Ильич, проснувшись, заметил, что не может высказать своих мыслей теми словами, какими хотел, и чувствует одновременно слабость и неловкость правых конечностей. Такое состояние длилось в общей сложности около часа и прошло. Однако к вечеру того же дня, равно, как и по вечерам последующих дней Владимир Ильич говорил снова несколько хуже, чем тотчас же после того,

как первый приступ афазии [вписано рукой] прошел. 27 мая он чувствовал себя с утра довольно хорошо, ни на что не жаловался и говорил с окружающими без видимых признаков расстройств речи. Но уже к вечеру того же дня, при явлении головной боли и без потери сознания, обнаружилось у Владимира Ильича очень глубокое расстройство речи, при чем одновременно с этим появилась и слабость правых конечностей. В таком состоянии он был до 28 мая, когда видел его В.В. Крамер».*

Крамер Василий Васильевич, 1876–1935, невропатолог, профессор, консультант Лечсанупра Кремля, ассистент профессора Л.С. Минора. Яркий представитель школы А.Я. Кожевникова, отличающейся, по мнению автора, высоконаучным подходом, научной продуктивностью и ответственностью перед делом, которому служили врачи. Автор монографии «Учение о локализациях. Головной мозг». В последующем (в числе других врачей) стал основателем нейрохирургической школы в СССР. Участвовал в основании двух НИИ, которые мы знаем, как Московский НИИ психиатрии и НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко.

Комментарий. Это анамнез, собранный доктором В.В. Крамером. Следует обратить внимание, что, без всякого сомнения, большинству людей было бы тяжело выполнять такой объем работы, который выполнял В.И. Ульянов в те годы. Более того, вероятно, что большинство людей в подобной ситуации получили бы начальные признаки нервного расстройства. Собрать

* Здесь и далее в квадратных скобках примечания автора. *Прим. Ред.*

анамнез и провести дифференциальную диагностику, по мнению автора, мог любой русский невролог школы А.Я. Кожевникова, но исходя из принципа «для вождя самое лучшее», к пациенту вызывали самых лучших врачей РСФСР и Европы. Изначально, что очень вероятно, могли позвать Минора Лазаря Соломоновича, который признавался одним из самых заслуженных русских неврологов, но он послал своего ассистента, тоже профессора Василия Васильевича Крамера, темой особого интереса которого была топическая диагностика.

Минор Лазарь Соломонович, 1855–1942, выдающийся российский невропатолог, профессор, один из основателей Московского общества невропатологов и психиатров. Один из специалистов, который, по мнению автора, должен был бы быть обязательно приглашен к ведению пациента, но так и не был привлечен по неизвестным нам причинам.

Основатель отечественной неврологии А.Я. Кожевников в своих лекциях обращает внимание врачей:
«При распознавании прежде всего нужно решить вопрос, находится ли данное органическое страдание мозга в зависимости от сифилиса или нет? Но здесь мы наталкиваемся на немалые трудности, так как прежде всего доказать присутствие сифилиса у данного лица представляется делом далеко не легким. Одни больные умышленно скрывают бывший у них прежде сифилис, другие действительно сами не знают, был ли он у них, или нет. Но у тех, где удалось доказать в анамнезе сифилис, нужно решить еще другой существенный вопрос о том, можно ли связать данное страдание мозга с тем заражением, которое было у него давно, быть может, 10-15

лет тому назад, и после которого он оставался, по-видимому, совершенно здоровым. Чаще всего сифилис мозга наблюдается в течение первых двух лет после инфекции. В исключительных случаях он может развиваться через несколько недель, но так же и через несколько десятков лет после заражения».

Кожевников Алексей Яковлевич (1836–1902) — профессор, основатель школы отечественной невропатологии, к которой можно уверенно отнести большую часть российских врачей неврологов, которые участвовали в лечении В.И. Ульянова. Его именем названа клиника нервных болезней Первого медицинского института им. И.М. Сеченова (Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, сокращенно ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России).

Фон Штрюмпель, врач-консультант В.И. Ульянова:
«Прогрессивный паралич есть частая болезнь, поглощающая, по-видимому, больше жертв из лучших и более образованных классов, нежели из низших сословий. В среднем вывод можно принять, что около десятой части всех душевно-больных, помещаемых в лечебницы, суть паралитики. У большинства начало болезни приходится между 30 и 50 годами жизни. Наибольшее значение имеет бесспорно умственное переутомление, в особенности, если оно сопряжено с психическим возбуждением». Там же: «Рядом со всеми этими признаками начинающейся признаками умственной слабости, обнаруживаются часто, с другой стороны, ненормальная раздражительность. Больной впадает в возбуждение, в гнев и т. под. Обыкновенно, впрочем, это настроение быстро прохо-

дит, не оставляя прочного следа. Легко понять, какой страх и опасения эти перемены всей личности больного внушают окружающим, тем более, что вначале они совершенно не могут понять, почему больной «совсем не тот, что был раньше».

Фон Штрюмпель Адольф, 1853–1925, невропатолог и терапевт, профессор, гражданин Германии. Директор медицинской поликлиники Эрлангенского университета, глава немецкой школы невропатологии начала прошлого века. Многочисленные монографии данного автора хорошо были знакомы врачам в Российской империи.

Ж.А. Фурнье довольно подробно описывал бессонницу при парасифилисе: *«Симптоматическая бессонница составляет естественное последствие болевых ощущений, которые испытывают так часто больные в этом периоде диатеза, и которые имеют весьма различное происхождение, но все представляют то общее свойство, что склонны к ночным ожесточениям. Эта первая форма не включает в себе ничего особенного и заслуживает одного лишь упоминания. Вторая форма, наоборот, представляет собой настоящую идиопатическую бессонницу, обуславливаемую исключительно и непосредственно влиянием самой инфекции. И действительно, при этой форме больной лишается сна, не имея ни малейшего повода к бессоннице. Спросите его, что он чувствует, и он вам скажет, что он «проводит ночи без сна, сам не зная почему». Он ложится спать, утомленный дневной работой, но он не может заснуть. Тщетно он ворочается в постели с боку на бок, тщетно он старается принять более удобное положение, за-*

крывает глаза и придумывает различные ухищрения с целью заснуть, — сон не приходит». Им же описана головная боль: «Главный, существенный симптом заключается в головной боли. Какого рода эта головная боль? Во-первых, как я уже сказал, это глубокая боль, боль внутри головы; обыкновенно она занимает обширное протяжение, распространяясь иногда почти на всю голову («у меня вся голова болит», говорят больные), но с более или менее заметным преобладанием в некоторых местах, как напр., во лбу, в висках, в затылке; боль бывает весьма мучительной и проявляется в форме различных болевых ощущений. Больные описывают ее то как чувство тяжести, давления в голове (т.н. давящая головная боль), то как стреляющую боль (т.н. стреляющая головная боль), то как прижатие, разрывание, поколачивание молотом и пр. В последнем случае больные говорят, что «голова как бы стянута обручем»..... по своей интенсивности головная боль бывает разных степеней».

Жан Альфред Фурнье (1832–1914) — французский венеролог, один из основателей научной сифилидологии. Первым (совместно с Рикором) показал, что твердый шанкр и мягкий шанкр этиологически различные заболевания. Показал сифилитическую этиологию *tabes dorsalis* и *paralysis progressive*. Именно он ввел понятие парасифилис, которое использовалось и во время ведения пациента В.И. Ульянова.

Профессор Фурнье группировал сифилитические поражения мозга в ряд форм: цефалалгическую, конгестивную, эпилептическую, афазическую, психическую, паралитическую.

Профессор В.П. Осипов, лечащий врач пациента В.И. Ульянова пишет: «Принимая во внимание литературные данные (Nonne, Krause, Kraepelin, Birnbaum, Plaut) и собственные наблюдения, я считаю правильным выделить следующие клинические разновидности сифилитических психозов, напоминая, что это деление главным образом симптоматическое, что клинические разновидности обуславливаются степенью развития сифилитического яда, локализацией поражений головного мозга и отчасти той индивидуальной почвой, на которую падает вредоносная причина; важное значение имеет также количество и качество проводившегося лечения.

Неврастеническая форма

Сифилитический ложный паралич или псевдопаралич

Маниакальная форма

Депрессивная форма

Ступорозная форма

Корсаковская форма

Эпилептическая и апоплектическая форма

Параноидная форма

Приведенные разновидности имеют различные оттенки и часто дают смешанные картины, затрудняющие их обособление, что, впрочем, **и не слишком важно**, при условии установления основного распознавания.

Неврастеническая форма, подобно вообще всем формам мозгового сифилиса характеризуется головными болями, преимущественно, **усиливающимися по ночам**, при согревании головы подушкой; могут присоединяться боли в костях; в некоторых случаях головные боли достигают такой силы, что больные покушаются на свою жизнь; часто больные жалуются на тяжесть в голове, неясность и затруднение мышления, **умственную и физическую**

утомляемость, что легко доказывается объективно; раздражительность, придирчивость, мнительность, подозрительность, тревожное и беспокойное состояние, бессонница, рассеянность и забывчивость; больные с трудом сосредоточиваются; нередко наблюдается необщительное мрачное настроение, отсутствие интереса к окружающему, к своим делам, ипохондрические мысли о своей неизлечимости, о нарыве или опухоли в мозгу, о предстоящем прогрессивном параличе. Дрожание век закрытых глаз, языка, пальцев рук, иногда фибриллярные подергивания в мимических мышцах лица; обычно бывают головокружения и, легкие, преходящие сумеречные состояния. Этими явлениями дело может ограничиться, и при правильном распознавании и своевременном лечении наступает выздоровление. В то же время приведенная клиническая картина может явиться в качестве продромального **или начального периода более тяжелого сифилитического поражения мозга**, так наз. псевдопаралича. Присоединение, хотя бы в не резко выраженной степени, явлений выпадения психических функций, как нарушение счета, дефекты памяти, развитие органических симптомов, как вялость реакции и неравномерность зрачков, **наличность хотя бы легких** апоплектоидных и эпилептоидных инсультов, паретические асимметрии лица, дизартрические явления, **наличность** всех этих признаков, хотя бы в легкой и частичной степени, выводит распознавание из рамок сифилитической неврастении.

Если сифилитическая неврастения не слишком часто наблюдается, в психиатрических лечебницах, так как большинство больных лечится при другой обстановке, то сифилитический псевдопаралич принадлежит к числу заболеваний, которые приводят к помещению в лечебницу почти всегда».

Осипов Виктор Петрович, 1871–1947, психиатр и невропатолог, профессор, заведующий кафедрой психиатрии Военно-медицинской академии. Ученик Э. Крепелина и Г. Оппенгейма. Участвовал в консультациях с мая 1923 года, основной лечащий врач В.И. Ульянова с 5 июля 1923 до конца жизни пациента. Автор учебника «Частное учение о душевных болезнях», 1923 год (из 180 страниц первого выпуска около 80 посвящено нейросифилису, что означает важность и частую встречаемость данной патологии в популяции россиян в те годы). Один из трех врачей, которые **констатировали** смерть В.И. Ульянова.

Мнение профессора П.В. Никольского, известного сифилидолога начала прошлого века: *«...необходимо иметь в виду, что, как показывает практика, не особенно редки случаи, когда больной не знает о бывшей у него болезни и потому, при опросе, отрицает сифилис».*

Никольский Петр Васильевич, 1858–1940, венеролог, сифилидолог, профессор, заведующий кафедрой Варшавского университета и университета в Ростове-на-Дону. Автор нескольких практических руководств по лечению сифилиса, один из ведущих специалистов в СССР по лечению сифилиса. Не был привлечен, как и другие узкие специалисты данного профиля. В связи с распространенностью данной патологии в начале века таких специалистов было очень много в начале прошлого века — Ринор, Зигмунд, Видаль, Цейсль, Нейссер, Левенфельд, Фурнье, Тарновский, Фридланд и еще десятки врачей.

Комментарий: На взгляд автора, классификация форм профессора Осипова лишь незначительно отличается от

классификации по Фурнье. Следует обратить внимание на важное замечание профессора Никольского: «Цефалалгическая, конгестивная, паралитическая имеют особенно практическое значение, так как встречаются несравненно чаще трех других форм».

ОСМОТР ПАЦИЕНТА

Дневник. Status 28.V. 1922 Память, критика нормальны. Эмоциональная сфера в общем порядке, но больной волнуется и слегка возбужден. Со стороны черепных нервов — легкий [*парез нижней* — подписано прописью ручкой] веточки правого *facialis* [вписано рукой]. Остальные черепные нервы в порядке, в частности в порядке и п. *oculomotorius* (зрачки равномерные, на свет реагирует хорошо). В произвольной речи — невозможность говорить сложными фразами. Многие предметы не может назвать их именами. При всем этом, обращенные к нему словами фразы понимает отчетливо, но выполнить некоторые движения, как, например, движения, связанные с просьбой коснуться правой рукой левого уха, абсолютно не может. Наоборот, привычные движения, как застегивание пуговиц, хватание стакана и т.д., производит по просьбе вполне правильно и без размышлений. Читает свободно, но усвоить смысл прочитанного не может. Считать в уме и на бумаге также абсолютно не может. Письмо, ни произвольно, ни под диктовку, ни в смысле копирования не может. Мышечная сила при этом с обеих сторон почти одинаковая. Атаксии в конечностях нет. Чувствительность повсюду в полном порядке. Сухожильные рефлексy справа повышены, слева живые [написано рукой], но патологических рефлексов Оппенгейма, Бабинского и Менделя-Бехтерева [название симптомов написано ручкой] нет. Мнение В.М. Крамера. Явление

транскортикальной моторной афазии на почве..... [написано рукой, пропуск на 8 знаков, слово артериосклероз (атеросклероз тоже) в оставленный пробел не помещается, примечание важное на взгляд автора].

Справка. Рефлекс Менделя-Бехтерева сегодня больше известен в нашей стране как рефлекс Бехтерева-Менделя.

Бехтерев Владимир Михайлович, 1857–1927, невролог, психиатр, нейрофизиолог, академик. Дважды привлекался к консультациям больного в мае 1923 и ноябре 1923 года. Настаивал на продолжении лечения пациента от прогрессивного паралича препаратами арсенобензольной группы. Его мнение выделено в дневнике от 5 мая 1923 года. Именем В.П. Бехтерева названо множество (автор насчитал 47) симптомов, рефлексов, болезней, точек, феноменов.

Справка. Мнение Осипова В.П.: *«Распознавание сифилиса мозга, в какой бы из описанных разновидностей он ни проявлялся, должно прежде всего основываться на клинической картине и наблюдении за течением болезни. Всегда следует оценить надлежащим образом те признаки, которые свойственны сифилитическим психозам и редко отсутствуют; значение их крайне важно, если даже они выражены слабо. Сюда относятся головные боли, головокружения и обмороки, не говоря уже о более грубых симптомах органического поражения, как эпилептоидные и апоплектоидные припадки; общее исследование иногда обнаружит периоститы, специфическое заболевание сердца, неравномерность зрачков, парезы глазных мышц».* Там же: *«Приступая к лечению сифилиса мозга, правильнее всего, если только это возможно, сначала выяснить, когда произошло заражение сифилисом и как*

лечился больной, когда он получил последний курс специфического лечения. Сведения эти представляются существенными не только ради осведомления и академических целей, но и для целесообразного назначения дальнейшего лечения. К сожалению, получить необходимые сведения, далеко не всегда удастся, так как сам больной по своему болезненному состоянию нередко не может дать этих сведений или дает сбивчивые и сомнительные показания, а родственники его оказываются осведомленными лишь в единичных случаях».

Мнение П.В. Никольского: «Насколько в большинстве случаев ясен и определен диагноз прогрессивного паралича в стадии полного развития болезни, настолько же он шаток и спорен в периоде продромальном с его симптомами то церебральной нейрастении, то неопределенного органического поражения мозга, часть симптомов которого лишь дает право думать о начинающемся органическом параличе».

Учебник «Сифилис нервной системы» под ред. А.И. Абрикосова, П.Б. Ганнушкина, М.С. Маргулиса, издание 1927 года: «Психические симптомы прогрессивного паралича удобнее рассматривать по стадиям болезни, которых можно насчитать три, а именно: начальный, или продромальный, стадий полного развития и марантический, или конечный».

Абрикосов Алексей Иванович, 1875–1955, выдающийся патологоанатом, академик, основатель советской школы патологической анатомии, директор НИИ нормальной и патологической морфологии. Вскрывал тело пациента 22 января 1924 года в загородной усадьбе вдовы С. Морозова Горки, которые сегодня известны как Горки Ленинские. В 1927 году под редакцией

А.И. Абрикосова и соавторов выходит учебник «Сифилис нервной системы» (что само по себе не совсем обычно, по мнению автора, по многим причинам). Эта редкая книга, неизвестная, как семье великого патологоанатома, так и профессионалам, хорошо разбирающимся в биографии Алексея Ивановича или в истории медицины.

Комментарий. У врачей на основании клинической картины были весьма весомые основания предположить у пациента начальные стадии нейролюэса. Это собирательное обозначение поражений нервной системы при сифилитической инфекции, которое может возникнуть на любой стадии заболевания. Сегодня различают ранний мезенхимальный и поздний паренхиматозный нейролюэс. Следует обратить внимание, что, как и сто лет назад, так и в наше время, сбор анамнеза у больных с подозрением на данное заболевание одинаково труден в силу интимности характера заболевания. На фоне отсутствия нарушения чувствительности, значительных двигательных расстройств и сохранной мышечной силы, мы можем предполагать, что на данном этапе нарушения кровоснабжения головного мозга еще незначительны. Мы видим признаки когнитивных нарушений, тяжесть которых тяжело оценить, так как современные методы оценки несколько другие.

Изначально такие пациенты воспринимались окружающими как сильно утомившиеся неврастеники. Сами пациенты сначала жаловались на головные боли, нарушение сна, переутомление. Начальная, неврастеническая стадия или форма характеризуется головными болями, преимущественно, усиливающимися по ночам, которые истощают больного и отнимают у него силы. Такие боль-

ные часто жаловались врачам, к тому же, на тяжесть в голове, неясность и затруднение мышления, на умственную и физическую утомляемость. Раздражительность, придирчивость, мнительность, подозрительность, тревожность, беспокойное состояние, бессонница были очень характерны для данной стадии болезни. У этих больных часто возникали забывчивость, мрачное настроение, им тяжело было сосредоточиться. К тому же у них были часты мысли о неизлечимости и о предстоящем прогрессивном параличе. В некоторых случаях головные боли достигали такой силы, что некоторые пациенты пытались покончить с собой. Невропатологи тех лет, постоянно сталкивавшиеся с подобными пациентами, отмечали, что у них довольно часты дрожание век и пальцев рук, подергивания в мимических мышцах лица, головокружения и легкие проходящие сумеречные состояния.

Профессор Л.С. Минор писал, что появление выраженной неврастении у пациента старше 40 лет всегда является серьезным основанием задуматься о данном страдании. А присоединение, хотя бы в легкой форме таких явлений, как нарушение счета, дизартрия, амнезия, неравномерность зрачков и легкие «апоплектоидные» и «эпилептоидные» инсульты (формулировка В.П. Осипова), апопектические инсульты (формулировка А.Я. Кожевникова) говорило, что диагноз нейролеза уже вероятен у таких больных в намного большей степени.

Клиническая картина пациента на 28 мая 1922 года говорит, что этап неврастенической стадии пройден и процесс перешел в псевдопаралитическую стадию. И если Ульянов на неврастенической стадии редко попадал в поле зрения психиатров, поскольку большинство таких больных лечилось на дому, то развитие стадии параличей всегда приводило к отправке в лечебное учреждение.

Профессор В.П. Осипов разграничивал это патологическое состояние на псевдопаралич и прогрессивный паралич, разделить которые можно было с большим трудом даже после опубликования Heubner'ом (фамилия в разных источниках читается по-разному: в начале прошлого века как Гейбнер, сейчас как Хойбнер) его монографии о сифилитических эндартериитах.

«Первичный эндартериит, или форма Гейбнера, характеризуется особо выраженными изменениями интимы; ее разрастание (часто неравномерное, эксцентричное) ведет к сужению или закрытию просвета. Следует, впрочем, иметь в виду также возможность возникновения гейбнеровских картин эндартериита в результате организации тромба без всякого сифилиса» — писал И.В. Давыдовский, но уже намного позже, в 1956 году.

Ученый Фурнье, первый связавший спинную сухотку и прогрессивный паралич с люэсом, писал: *«Здоровый смысл и клинический опыт опровергают тот взгляд, что сифилис расточает свои удары, как фортуна свои милости, т.е. случайно. Трудно представить себе, чтобы сифилис повиновался только случайности, легко поражая одного и тяжело поражая другого субъекта, проявляясь в одном случае такими симптомами, каких не бывает в другом и пр. Вполне очевидно, что ни одно патологическое явление не есть здесь дело случая, и я глубоко убежден, что случайность не играет никакой роли ни в самых легких, ни в самых тяжелых сифилитических проявлениях».*

Итог, на основании клинической картины, ее закономерной и стадийной динамики у данного пациента, широкого распространения нейросифилиса у граждан как РСФСР, так и Европы, врачи диагностировали начало сифилитического психоза, который перешел

25 мая 1922 года от неврастенической формы (стадии) к паралитической. *«Приведенная клиническая картина может явиться в качестве продромального или начального периода более тяжелого сифилитического поражения мозга, так называемого псевдопаралича»* (В.П. Осипов).

Если мы правильно понимаем клиническое мышление наших коллег, то должны увидеть, что врачи возьмут кровь и спинномозговую жидкость на RW. На данном этапе и в силу ограничений, наложенных на изложение дневника, перед нами может стоять только один вывод — врачи предполагают **paralysis progressive alienorum** или **lues cerebri**.

29 мая 1922 года

Дневник со дня пребывания А.М. Кожевникова [это все вписано рукой между строчек мелким шрифтом, предположительно, самим доктором Кожевниковым].

[стоит карандашом римская II, что предположительно обозначает вторую половину дня]. В 19-00 часов вечера пульс 72 в минуту, среднего наполнения. Общее состояние удовлетворительное, речь отчетливая, артикуляция удовлетворительная. Не достает многих слов, когда их подсказывают, то повторяет их правильно. На предложение подвергнуться люмбальной пункции сразу и даже охотно согласился. Когда предложено было лечь на правый бок лицом к стене, сразу не мог понять, чего от него требуют, то поворачивался на левый бок, то ложился на живот, когда было предложено согнуть ноги и прижать их ближе к животу, то он не знал, как это сделать, пришлось ему помогать, на предложение сжать руку в кулак тоже не знал, как это сделать.

Кожевников Алексей Михайлович, 1882–1935, невропатолог, специалист по нейросифилису, приват-доцент, один из основных лечащих докторов пациента В.И. Ульянова с 29 мая 1922 года и до смены его в мае 1923 года профессором В.В. Крамером. Работал старшим врачом неврологического отделения в Александровской больнице (на ул. Щипок в Москве), которая в дальнейшем станет подразделением института имени А.В. Вишневского. Начал вести «дневник» и вел его до 7 мая 1923 года. Автору ничего не известно о научной и о практической деятельности этого врача после его замены и отстранения его от участия в консультациях и лечении пациента В.И. Ульянова. Наряду с этим, на памятнике на его могиле написано слово «профессор».

Комментарий. Итак, мы видим, больному проводят люмбальную пункцию, чтобы сделать реакцию Вассермана (далее RW) спинно-мозговой жидкости, которая могла бы подтвердить, либо опровергнуть предварительный диагноз нейролюэса. Но она, как мы все знаем, была низко специфичной. Профессор **Лазарь Соломонович Минор** в своем учебнике по нервным болезням пишет: *«Отрицательное выпадение вассермановской реакции не может служить гарантией, так как она у многих сифилитиков то исчезает, то потом появляется»*. Обращает внимание, что в дневнике отсутствуют указания на какие-либо результаты этого конкретного анализа крови и пунктата спинномозговой жидкости. Этого быть не может, но это есть — результат не указан. Если мы рассматриваем медицинскую деонтологию как науку о должном, лечащие врачи не могли забыть вписать результаты реакции Вассермана в документ. Об этом можно было «забыть» только по особому указанию не вписывать полученные результаты.

Например, если мы возьмем медицинские документы Ф.Э. Дзержинского, то увидим, что 30 декабря 1924 года есть анализ №13205, где написано, что RW дала отрицательный вариант. Это подтверждает, что ни один доктор, ни тогда, ни сегодня, если делается анализ на сифилис, не может забыть вписать его результаты. Мы не знаем результаты реакции у пациента В.И. Ульянова, но возникает предположение, что она положительная, и именно это послужило основанием «не вписывать» ее в дневник.

За сифилитическую природу сосудистого поражения мозга были и относительно молодой возраст пациента, и отсутствие у него сахарного диабета, и отсутствие гипертонической болезни. Кроме того, появление признаков неврастении и характерных мучительных головных болей именно ночью у пациентов старше 40 лет в конце XIX — начале XX веков, говорило о подозрении на сифилис, который присутствовал в популяции повсеместно.

Мнение **профессора В.П. Осипова**, в последующем лечащего врача пациента: *«Необходимо во всех случаях исследование крови на RW, так как этим не только закрепляется правильность распознавания, но даются некоторые руководящие указания для лечения. При клинической обстановке, в каждом отдельном случае должны быть произведены все четыре реакции, если только нет противопоказаний, как двигательное возбуждение, гуммозные новообразования в области задней черепной ямки».*

Мнение **профессора П.В. Никольского о вопросе необходимости пункции**: *«При сифилитическом заболевании нервной системы реакция Вассермана в крови часто бывает отрицательной, а в спинномозговой жидкости положительной. Это заставляет исследовать последнюю».*

Комментарий. RW не используется уже много лет, под этим названием сегодня подразумевают другие современные тесты.

Дневник. *«При поясничной пункции давление незначительное, жидкость вытекала каплями. Первая порция слегка окрашена кровью, 2-ая прозрачная [все подписано рукой], выпущено около 10 к.б. см [очевидно, к.б.см обозначает куб см., далее такие пометки и описки будут мной в тексте исправляться]. При взятии крови, кровь быстро свернулась в игле, выпущено около 25 куб. см. Весь день ничего не ел. В 20-00 часов по предложению сестры принял 2 пилюли и выпил стакан молока. До этого от всех предложений поесть или выпить отказывался. В течении дня два раза вставал, одевался и ходил в уборную. Утром во время консультации, тут в скобках подписаны мелким почерком фамилии врачей- Россолимо, Крамер, Гетье, Кожевников, Семашко, зрачки равномерны, реакция живая. Парез правого n. facialis. Язык не отклоняется. Апраксия в правой руке и небольшой парез в ней. Правосторонняя гемипарезия (??). Справа на ноге пальцевой рефлекс(?). Двухсторонний Бабинский, затушеванный в следствии сильной защитной реакции. Двухсторонний совершенно ясный Оррепштейн. Речь не ясная дизартричная с явлениями амнестической афазии (все отмечено пр. Г.И. Россолимо)».*

Россолимо Григорий Иванович, 1860–1928, выдающийся русский невропатолог, профессор, заведующий клиникой нервных болезней при клинике внутренних болезней А.А. Остроумова. Был одним из организаторов Общества невропатологов и психиатров, где состоял председателем в течение 10 лет. Кроме единичной консультации от 29 мая 1922 года Г.И. Россолимо в непосредственном лечении и консультациях В.И. Ульянова не принимал.

Гетье Федор Александрович, 1863–1938, терапевт, новатор и главный врач Солдатенковской больницы, которую мы знаем, как больницу им. С.П. Боткина. Приглашен В.И. Ульяновым в 1919 году для организации Лечсанупра Кремля. Лечащий врач семьи Ульяновых. Автору встречались разные написания фамилии этого врача в дневнике, как Гётъе, Готье и наиболее частое сегодня — Гетье (так фамилия написана на и памятнике на могиле и на барельефе в больнице им. С.П. Боткина). Входил в состав комиссии по вскрытию тела В.И. Ульянова в составе 11 человек. Подписал бюллетень о смерти, но единственный из членов комиссии не подписал акт патологоанатомического заключения.

Семашко Николай Александрович, 1874–1949, Нарком Здравоохранения РСФСР. С 1904 года не занимался лечебным делом, был профессиональным революционером. Участник консультаций в качестве Народного комиссара.

Справка. Положительный рефлекс **рефлекс Бабинского** у взрослых это всегда патология, в норме бывает только у детей первых лет жизни. В норме при раздражении латерального(внешнего) края подошвы большой палец ноги должен согнуться, у некоторых людей может остаться нейтральное положение стопы (нет реакции), если же пальцы расходятся это неврологическая патология. Появление симптома Бабинского у взрослого пациента говорит о нарушении взаимосвязи между разными уровнями спинного и головного мозга. Моторный нейрон перестает получать импульсы, что вызывает данный симптом.

Оппенгейм (патологический рефлекс Оппенгейма) — проведение с нажимом пальцами руки сверху вниз по передней поверхности большеберцовой кости

вызывает разгибание большого пальца и веерообразное разведение остальных пальцев, что говорит о пирамидной недостаточности.

Комментарий. Упоминание Григорием Ивановичем Россоломо гемаианопсии с двумя вопросами указывает на то, что он не уверен, что она есть, вероятнее всего больной не может выполнить команды, чтобы профессор точно определил ее наличие или отсутствие.

30 мая 1922

Дневник. Часть текста, относящаяся к состоянию пациента. *«Пациент не может сказать ни одной фразы целиком, не хватает слов, постоянно зевает. Хотел идти умыться в уборную, не знает, как пользоваться зубной щеткой — сначала взял щетку щетиной в руки и с недоумением смотрел и не знал, как быть. Когда сестра взяла щетку, окунула в порошок и вложила ручкой в руку и поднесла руку ко рту, тогда начал чистить зубы, как следует. Приезжал Сталин, беседа о *suicidium* [вписано рукой]. Приехал Авербах — никаких отклонений по сравнению с первым освидетельствованием полтора месяца назад нет. Ни отклонений со стороны глазного дна, ни явлений гемаианопсии. При исследовании периметра не мог выполнить того, что от него требовали, не мог фиксировать взгляд в зеркале, давал сбивчивые показания».*

Справка. Авербах Михаил Иосифович, 1872–1944, профессор, офтальмолог, постоянный консультант пациента. Один из основателей и председатель Общества глазных врачей в Москве. Первый директор НИИ глазных болезней им. Г. Гельмгольца. В последующем академик АН СССР.

Комментарий. Профессор В.П. Осипов, лечащий врач пациента: *«Серьезность для организма и стойкость сифилитической заразы с возможностью крайне тяжелых последствий на столько широко известны, что обнаружение у себя заражения сифилисом является для многих весьма значительной психической травмой. В зависимости от этих условий у некоторых лиц, особенно у людей, обладающих от природы тревожно-мнительным характером развивается и устанавливается психологический комплекс, выражающийся в навязчивых идеях о будущих и даже мнимо выявляющихся ужасных последствиях сифилиса, в постоянной тревоге и страже ожиданий этих последствий; у больного развивается психастения, обязанная своим происхождением не действию сифилитического яда, как такового, а психической травме, вызванной фактом заражения; это есть обычная психастения, которая не должна рассматриваться в качестве сифилитической».*

31 мая 1922

В этот день пациент интересуется, какая специальность у приглашенного доктора Алексея Михайловича Кожевникова.

Справка. Разговор о *suicidum* обозначает «о самоубийстве». Профессор Ю.М. Лопухин пишет: «29 мая на консультацию был приглашен профессор А.М. Кожевников — невропатолог, специально исследовавший сифилитические поражения мозга (еще в 1913 году он опубликовал статью «К казуистике детских и семейных паразюэтических заболеваний нервной системы» в журнале «Невропатология и психиатрия им. С.С. Корсакова», 1913)».

Комментарий. С учетом ведения дневника врачами, использование терминов на латинском языке, широко используемом во врачебной среде, было принято целесообразным с точки зрения медицинской этики. В итоге, на конец мая, больной осмотрен врачами В.В. Крамером, Ф.А. Гетье, Г.И. Россолимо в присутствии Наркома здравоохранения Н.А. Семашко. Назначен лечащий врач, невропатолог, специалист по нейросифилису Алексей Михайлович Кожевников. Термином «паралюэс», который данный доктор использовал в своей статье, в начале двадцатого века обозначали прогрессивный паралич, табопаралич и табес. Участие А.М. Кожевникова, как основного лечащего врача на фоне клинической картины у пациента, указывает нам, на то, что предполагаемый диагноз — сифилис головного мозга в одной из форм, или прогрессивного паралича или менинго-васкулярного сифилиса.

Мнение профессора Л.С. **Минора**: *«Диагностической подмогой при оценке таких пред-паралитических нейрастений являются очень узкие зрачки или разница зрачков, Argyll-Robertos'овский симптом, потеря коленных рефлексов, ланценирующие боли, слишком большая эйфория и предприимчивость, склонность к тратам..... небольшой упадок памяти..... Наконец появление нейрастении после 40 лет у ранее нервно здорового субъекта, но имевшего lues в anaptnesis, крайне подозрительно».*

Комментарий. Отмеченные у пациента резко выраженное снижение работоспособности и сильные ночные головные боли с тенденцией нарастания в течение последних полутора-двух лет первоначально отнесли к явлениям неврастения. Пациент передан в руки врачей уже на смене стадий болезни, когда появились псевдопараличи, т.е. болезнь от неврастенической формы перешла к пара-

литической. Клиническая картина не вызывает никакого сомнения ни у профессора В.В. Крамера, ни у профессора Г.И. Россолимо. Присутствие Наркома здравоохранения указывает, на то, что Политбюро в курсе диагноза В.И. Ульянова и предполагаемого лечения. Пациент и его семья также не могли быть не уведомлены о предстоящем довольно серьезном лечении и о прогнозе заболевания.

Комментарий. Мнение профессора **В.П. Осипова** *«Приступая к лечению сифилиса мозга, правильное всего, если это только возможно, сначала выяснить, когда произошло заражение сифилисом и как лечился больной, когда он получил последний курс специфического лечения; сведения эти представляются существенными не только ради осведомления и академических целей, но и целесообразности назначения дальнейшего лечения».*

2 июня 1922

«При обследовании Ферстера выявлено: нервы фациалис, гипоглоссус и глазные мышцы норма. Пареза правой руки нет, мелкие движения совершает нормально. Атаксии нет. На правой ноге грубая мышечная сила хорошая. Атаксии нет. Коленный рефлекс справа живее, чем слева. Бабинский, Россолимо и Мендель-Бехтерев отрицательные. Оппенгейм положителен с обеих сторон(?). Но не постоянен».

Ферстер Отфрид, 1873–1941, немецкий невропатолог, нейрохирург, нейрофизиолог, профессор. С мая 1922 года, за исключением отпусков на родину находился при В.И. Ульянове до самой его смерти. В дневнике отмечено, что он появился у постели больного 3 июня 1922 года, простился с пациентом 7 августа 1922, пред-

положительно, что в июне 1922 Ферстер тоже улетал из Москвы. Далее, в дневнике отмечено его появление 20 декабря 1922 года (таким образом, врача не было около пациента более 4 месяцев). Уехал 13 февраля 1923 года, 10 марта 1923 года снова упомянут на осмотре пациента (отсутствовал около 20 дней). Упоминание 7 марта в дневнике «проклятый немец», с разъяснениями, что это относится к О. Ферстеру, не говорит, что он был в этот день у пациента. Таким образом, из 19 месяцев болезни В.И. Ульянова, данный доктор около 14 месяцев провел «рядом» с пациентом. Профессор Отфрид Ферстер констатировал смерть В.И. Ульянова. Никогда не вел дневник лечащих врачей.

Комментарий: Почему выбран именно доктор О. Ферстер для ведения пациента дан ответ книге П.В. Никольского «Сифилис и венерические болезни»: « клинические данные совершенно определенно установили зависимость спинной сухотки, а также и прогрессивного паралича, от сифилиса, что в последнее время блистательно подтвердилось наличием положительной реакцией Вассермана в крови названных больных (при табесе до 70%, при прогрессивном параличе почти до 100%) и, наконец, находкой в мозгу больных бледной спирохеты (Ногуши, Томашевский, Ферстер)». Т.е. немецкий профессор один из известных специалистов Европы по диагностике и лечению нейролюэса.

Справка. Атаксия — нарушение согласованности работы мышц на фоне сохраненной их силы, является одним из частых неврологических симптомов. Врачи здесь и ниже часто будут упоминать наличие либо отсутствие неврологических рефлексов, которые врачи часто, как тогда, так и сегодня называют просто по фамилии того врача, кто их описал. Таким образом, упоминание в тек-

сте дневника «положительный Россолимо» или «Бабинский» обозначает только наличие определенного неврологического рефлекса. Знак вопроса говорит о спорности патологического рефлекса Оппенгейма.

Рефлекс Россолимо — этот симптом отсутствует у здоровых людей. Вызывается короткими ударами пальцами кистей по дистальным фалангам II—V пальцев ног (нижний Россолимо) и рук (верхний Россолимо). При наличии симптома наблюдается выраженное подошвенное сгибание пальцев, сопровождающееся иногда одновременным их отведением. В движении участвуют или все пальцы, или только II-V, или, реже, один большой палец. Относится к патологическим симптомам, которые появляются при поражении пирамидного пути и отражает поражение системы центрального двигательного нейрона, которая включает двигательные нейроны прецентральной извилины коры головного мозга, а также их аксоны, составляющие кортикоспинальный путь (лат. *tractus corticospinalis*), идущие к двигательным нейронам передних рогов спинного мозга. Волокна кортикоспинального пути проводят тормозные импульсы, которые препятствуют возникновению онтогенетически более старых сегментарных спинальных рефлексов. При поражении системы центрального двигательного нейрона поступление тормозных импульсов к двигательным нейронам спинного мозга прекращается, что в частности проявляется возникновением патологического рефлекса Россолимо. При этом отмечено, что в отличие от патологического симптома Бабинского, появляющегося при остром поражении пирамидной системы (за исключением позвоночно-спинномозговой травмы с явлением спинального шока), симптом Россолимо является более поздним проявлением спастического паралича.

Впервые описан русским врачом Григорием Ивановичем Россоломо.

Менделя-Бехтерева рефлекс. Сегодня его чаще обозначают как Бехтерева- Менделя. Постукивание молоточком по тылу стопы над III–IV плюсневыми костями вызывает быстрое подошвенное сгибание, что говорит о пирамидной недостаточности. Впервые описан российским неврологом Владимиром Михайловичем Бехтеревым в 1901 году.

Дневник далее. *«Намек на апраксию правой руки, которая выразилась, что при упражнениях, сводится к размышлению, что надо сделать. При пользовании различными предметами апраксии не отмечалось. Может по приказанию выполнить все задачи, как-то: грозить кулаком, манить, приветствовать рукой, писать цифры в воздухе. Речь: повторяет быстро без ошибок, расстройства артикуляции нет, в беглой, спонтанной речи слегка задумывается, фальшивых слов не употребляет. Показываемые предметы быстро называет. Понимание речи — не затронут. Чтение — бегло. Понимание речи для простых предложений хорошо сохранено. При нескольких предложениях не все вспоминает, в особенности не помнит первых предложений. Письмо- делает отдельные ошибки, пропускает буквы, но сейчас же замечает ошибку и правильно ее исправляет. Счет — в уме сложение и умножение правильное. Письменное умножение трехзначного на однозначное медленное и с ошибками. Психика — возбужден. Вечером заявил, что у него галлюцинации в правом глазу, при закрывании глаз в правом глазу видит движущиеся на светлом фоне незнакомые мужские и женские фигуры, идущие справа налево».*

Комментарий. Сегодня неврологами для оценки психического статуса чаще всего используется «Крат-

кая шкала оценки психического статуса», которая позволяет количественно оценить степень когнитивных нарушений. С учетом представленных данных, уже на описываемой стадии заболевания можно говорить о наличии когнитивных нарушений. Более точно интерпретировать данные не представляется возможным, в связи с разностью подхода с современными методами оценки таких нарушений.

За 2 июня 1922 года в дневнике записи отсутствуют.

3 июня 1922

Были профессора Ферстер и Крамер. Отметили, что письмо у пациента несколько лучше, он несколько вялый, мало разговаривал.

4 июня 1922

Пациент всю ночь спал хорошо, снов не видел. Голова не болит, жалуется, что движения в правой руке стали менее уверенными. Элементы апраксии как бы стали более явные. Не может сразу сообразить какое движение ему надо сделать, в особенности это относится к мелким движениям пальцев. Оппенгейм слева был бы один раз, справа не вызывается. Говорит быстро хорошо, иногда останавливается, подыскивая слова.

Комментарий. В этот день публикуется первый бюллетень о здоровье В.И. Ульянова, в котором говорится об остром гастроэнтерите, общем переутомлении и незначительном нарушении кровообращения у пациента. Подписали бюллетень немецкий профессор О. Ферстер, профессор В.В. Крамер, доктор Ф.А. Гетье и другие.

5 июня 1922

*Пациент спал очень хорошо, проснулся в десятом часу, пульс 62 в минуту, ровный, правильный, среднего наполнения и напряжения. Тоны сердца чистые. Кашля, хрипов нет. Язык обложен. Живот немного вздут, жалуется на металлический вкус во рту, **ЙОД** [слово написано прописью большими буквами]. Мышечная сила в руках хороша, одинаковая с обеих сторон. Коленный сухожильный рефлекс справа более ясный, чем слева. «Бабинского и «Оппенгейма» вызвать не удалось. Голова не болит, говорит хорошо, без труда выговаривает длинные слова (например, повегетарианствовать), но иногда останавливается за не нахождением нужного слова. Во избежание утомления и волнения не делали исследования пациента в отношении апраксии, счета и т.д. Томится лечением.*

Комментарий. В дневнике не упомянуто само начало лечение препаратом йода, которые широко использовали в то время для лечения сифилиса, но его действие в виде металлического вкуса во рту, уже приводится. О начале лечения йодом говорит и подписанное рукой врача слово йод. Препаратов йода, используемых в то время, было значительное количество, какой точно препарат используется либо это йодная настойка (спиртовой 10% раствор йода, принимаемый в молоке, после еды), не известно. Вот как о необходимом лечении пишет в 1901 году А. Штрюмпель, который в дальнейшем стал лечащим врачом пациента: *«Если в основе паралича лежит сифилис, то назначают ртутные втирания и йодистый калий внутрь»*.

Таким образом, уже на пятое июня 1922 мы имеем косвенные свидетельства лечения пациента препаратами йода, который всегда использовали для лечения сифилиса. В итоге, с учетом клинической картины у пациента В.И. Ульянова, данное свидетельство однозначно ука-

зывает на начало лечения люэса на стадии начала паралитической стадии прогрессивного паралича. С учетом мнения Л.С. Минора: *«Крайне серьезное значение в смысле быстроты развития болезни может иметь несвоевременное распознавание пред-паралитической нейрастении»*, мы можем ожидать быстрого развертывания клинической картины, так как у пациента, в силу его загруженностью работы пропущена допаралитическая стадия.

6 июня 1922

Настроение у пациента подавленное. Апраксиические явления немного глубже, речь иногда смазанная, слова находит труднее, счет, как раньше. Правая рука слегка слабее левой. Патологических симптомов Оппенгейма слева, Менделя-Бехтерева, Россолимо — нет. Живот вздут, лицо красное. Пульс 90–92 в минуту. Терапия — полный покой, калия йодат, клизма. Много дремлет, к вечеру жалуется на головную боль, тем не менее стал бодрее, подавленность меньше.

Комментарий. Следует обратить внимание, что 6 июня 1922 года лечащий врач Алексей Михайлович Кожевников впервые прямо указывает на лечение пациента препаратом йода. Этот день можно считать первым днем, когда упомянуты признаки йодизма, о чем говорит повышение пульса выше 90 и гиперемия (покраснение) лица.

Справка. В схемы ведения больных с прогрессивным параличом и табесом всегда входили различные йодистые препараты. Врачи использовали следующие варианты прописей, например, вот прописи рекомендованные Минором Л.С.:

Rp. Kalii jodati 10,0.
 Acid. arsenicos. 0,015.
 Ex-ti nucis Vomic. spir. 0,15.
 Sacchari lactis 5,0.
 Lanolin 3,0.
 M. f. pill. № 50.
 DS. По 2 пилюли 2 раза в день после еды. Или
 Rp. Kalii jodat. 15,0
 Ferri citric. ammoniat. 8,0
 T-rae nucis vomic. 8,0.
 T-rae chin. compos. 60,0
 Aq. destillat. 45,0.
 MDS. По 1\2–1 чайной ложки после еды. Или
 Rp. Natrii jodat. 15,0.
 Solut. Fowleri 4,0.
 Aq. naphae 30,0.
 MDS. От 10–30 кап. утром и вечером в рюмке молока.

7 июня 1922

Пациент жалуется на головную боль слева. Апраксии-ческие явления такие же, как и накануне, живот вздут, особенно в верхней части.

8 июня 1922

На левой щеке у пациента, на голове и груди акне [подписано рукой]. В поясничной области струп размером в десятикопеечную монету на месте пункции. В 14-00 заявил, что у него паралич правой ноги. Рефлексы повышены, в особенности справа. Клонус стопы. Симптомы Бабинского, Оппенгейма, Россолимо, Менделя-Бехтерева не вызываются. Становился на ноги, стоял хорошо

и на правой и на левой ноге. Голова почти не болит. Расспрашивал о докладе А.М. Кожевникова, о теме его, успешно ли он прошел, много ли я их делал в своей жизни и прочее.

Комментарий. Исчезновение в этот день патологических неврологических рефлексов, упомянутых врачами ранее, говорит о восстановлении деятельности нервной дуги, что возможно было только в случае, нормализации кровоснабжения соответствующих отделов мозга. **Акне** или угри, это воспалительное заболевание кожи. В данном варианте, так как мы не видим подробного описания угрей, возможно, как сифилитическая природа, так и вульгарное акне, как вероятностное событие побочного действия препаратов йода.

Acne syphilitica — угревидный сифилид, появляется чаще при рецидивах. Любимое место спина, плечи, волосистая часть головы. У него нет сальной пробки и его течение более короткое, по мнению профессора П.В. Никольского.

9 июня 1922

*Апраксические явления у пациента все еще держатся. Пишет хорошо, что касается счета — те же явления, что и раньше. Пульс 80-84 в минуту. Терапия — покой, бром только на ночь, клизмы ежедневно, морковный сок и pulv. *Liquiritiae**

Справка. **Pulvis liquiritiae compositus** — обозначает лакричный порошок, синоним порошка корня солодки (*radix Liquiritiae*), содержит гликозид-глициризин. Входил в состав сборов и пилюль. Использовался в то время как легкое слабительное и реже как отхаркивающее средство. Сегодня используют как отхаркивающее средство в составе сиропов и экстрактов.

10 июня 1922

Ночь спал хорошо. Просыпался ненадолго два раза. С утра настроение хорошее. Голова не болит. Живот не вздут, язык умеренно обложен. Движения совершает хорошо. Никаких патологических рефлексов и клонуса вызвать не удалось ни с той, ни с другой стороны. День провел хорошо, был менее апатичен, чем предыдущие дни. Голова не болела весь день. Неприятных ощущений в конечностях не было. Речь хорошая. Просил разрешения читать. Говорил о фронте, спрашивал долго ли я на нем был и т.д.

Комментарий. Пациент интересуется фронтовым периодом жизни лечащего доктора А.М. Кожевникова.

11 июня 1922

В этот день пациент почувствовал себя очень хорошо, он сам оценил свое состояние так — «было очень плохо, когда не мог читать, потекли все буквы, написать мог только букву «и», и никакой другой буквы не мог написать. Странная болезнь, что бы это могло быть. Хотелось бы об этом почитать». В 12-00 была консультация с профессором Клемперером. Результаты осмотра профессором: «сознание больного совершенно ясное, говорит отчетливо, но не так бегло, как раньше. Часто останавливается и ищет, часто безуспешно, нужного ему выражения. Никаких расстройств артикуляции. Обращает на себя внимание то обстоятельство, что больной часто смеется без достаточных к тому оснований. Память пострадала, некоторые важные моменты из нашей последней консультации исчезли из памяти. Настроение, видимо, хорошее, но скептическое по отношению к выздоровлению. Более детальное исследование памяти, внимания, отложено. Соматическое исследование указы-

вает [зачеркнуто] обнаруживает заметное ослабление моторной силы правой руки. Сердце здорово, второй аортальный тон не усилен. Пульс 80, слегка ускорен, артерии очень мягкие, давление приблизительно 150. Язык очень обложен, живот несколько вздут, печень не увеличена. Во время консультации был оживлен, разговорчив, несколько раз повторял, что какое-то необыкновенное, странное заболевание. Недоверчиво улыбался в ответ на заявление о полном выздоровлении, прибавлял «да, это было бы, конечно, очень хорошо». Согласился на переход в большой дом, когда мотивировали это удобством сообщения с террасой и возможностью пользоваться в ближайшие дни свежим воздухом. Немного устал, спал больше двух часов, между 15-00 и 18-00, проснулся в хорошем настроении, пил чай.....». Дальнейшая информация убрана по этическим соображениям.

Клемперер Георг, 1865–1946, терапевт, профессор, автор руководств по клинической диагностике и внутренним болезням. Пациент В.И. Ульянов считал, как видно из дневника, что «данный доктор не по профилю заболевания».

Комментарий. Недоверчивость пациента говорит о том, что он осведомлен о своем заболевании, которое имеет негативный прогноз.

П.В. Никольский пишет о прогнозе: «Начало болезни на 11–13 году сифилиса. Течение хроническое, исход летальный; бывают ремиссии». Для этого заболевания, как мы потом увидим, параличи или псевдопараличи, с их летучестью и их множественностью, являются одним из основных и характерных проявлений. С соматической стороны у пациента особых проблем не выявлено, но

проблемы с кишечником, это характерная черта нейросифилиса. Следует сказать, что мягкие сонные и периферические артерии не свидетельствовали об атеросклерозе.

12 июня 1922

Был осмотр профессора Клемперера. Пациент сказал по отношению к профессору «пусть летит назад, это не его специальность, если нужно будет снова прилетит», хотел писать Сталину, чтобы тот отправил профессора домой. Когда узнал, что Клемперер будет две недели в Москве, пациент сказал «ну и пусть лечит там в Москве, там больше больных, а сюда ему незачем ездить, взялся не за свое дело».

Комментарий. Доктор Клемперер — терапевт, а не специалист по нейросифилису. Именно об этом говорит В.И. Ульянов, когда говорит, что врач вызван не по специальности. Это указывает на то, что пациент прекрасно отдает себе отчет, чем болен. Пациент не считает нужным присутствие данного специалиста, кроме того, привлечение дополнительных врачей, обозначает расширение круга осведомленных. Увеличение количества врачей напрямую никак не связано с улучшением перспективы лечения данного пациента, к которому уже прикреплено несколько лечащих врачей, включая одного специалиста по нейросифилису.

Справка. Для примера частоты данной патологии: в 1867 году на 550 000 жителей столицы Российской империи Санкт-Петербурга таких больных было: женщин — 1039 лиц, мужчин — 5191 человек (включая 1686 гражданских лиц, 3475 — военных лиц, 30 — прочих). Заболевание было настолько частым в начале XX века, что практически в каждом печатном издании, будь то журнал или газета, была реклама услуг по лечению сифилиса.

14 июня 1922

Пациент спал с 23-00 до 8-00 часов, просыпался один раз. Настроение хорошее, голова не болит, язык умеренно обложен, живот несколько вздут. Чувствует, что поправляется, что силы прибывают с каждым днем. Просил разрешения встать, но согласился дотерпеть до пятницы. При посещении профессора Клемперера долго разговаривал по-немецки и по-английски. По-немецки находит слова хуже, чем по-русски, а по-английски еще хуже. На вопросы отвечал хорошо. Перемножил без ошибки трехзначное на однозначное и двузначное на однозначное. Этим успехом был очень доволен. В течение дня был хорошо настроен, много говорил, смотрел собаку, обсуждал проект введения кролиководства. К вечеру опять стала болеть голова, чем очень расстроился и огорчился. Был дан порошок «фенацетина». Через час, когда доктор А.М. Кожевников подошел к пациенту и спросил меньше ли болит голова, пациент ответил «да, меньше». При этом выражение лица было испуганное, производил движения левой ногой, притягивая ее и вновь вытягивал, правая при этом была спокойна, левой рукой сгибал правую руку в локте, притягивая ее на грудь, поворачивался на левый бок. Через 2–3 минуты стал двигать правой рукой, сжимать кулак и разжимать, стал часто притягивать и вытягивать правую ногу и говорил громко «вот история, так будет кондрашка». Долго повторно производил всякие движения правыми конечностями и, по-видимому, был очень расстроен. Голова болит меньше, просил дать ему запас порошков на ночь. Через некоторое время стал жаловаться на изжогу, ужинать отказался, дали соды и делали согревающий компресс на живот.

Комментарий. Впервые, за две недели, упомянут лекарственный препарат, который далее будет постоянно

использоваться при лечении головной боли у пациента. Это первый случай, когда в дневнике доктор точно указывает название готового лекарственного средства. В этот день у В.И. Ульянова произошел приступ транзиторной ишемической атаки, которые являются характерным признаком для менинговаскулярного сифилиса. Пациент восстанавливается после каждого приступа довольно хорошо, учитывая относительно молодой возраст и относительно раннюю стадию заболевания. Таким образом, разнообразная, но характерная клиническая картина поражения нервной системы говорит о том, что у пациента прогрессирующий хронический сифилитический менингоэнцефалит.

Справка. Упомянутый в тексте препарат «Фенацетин», это лекарственное средство, обладающее анальгезирующим и жаропонижающим свойствами. В начале XX века данный препарат очень широко применялся в медицинской практике. Позднее входил в состав известных препаратов цитрамон, аскофен, теофедрин и других. На сегодня данное вещество запрещено к применению на территории нашей страны, как и ряда других стран, в связи с его нефротоксичностью, и заменено на парацетамол. Применение фенацетина могло приводить к явлениям, известным сегодня, как «фенацетиновая почка», что проявлялось нарушениями мочеиспускания, гематурией, протеинурией и цилиндрурией. Нефротоксические эффекты могли сочетаться образованием метгемоглобина и гемолизом. В 1920 годы фенацетин давали как отдельно, так и в комбинациях:

Rp. Phenacetini 0,25.

Antifebrini 0,12.

Codeini 0,02.

M. f. pulv. D. t. dos. № 12.

Rp. Antifebrini 0,3.
Antipyrini 0,4.
Coffeini citric. 0,06.
M. f. pulv. D. tal. dos. № 12.
S. По 1\2–1 пор. при болях
Rp. Aspirini,
Phenacetini aa 0,4.
Coffeini citric. 0,1.
M. f. pulv. D. tal. dos. № 12.
S. По. 1 порошку при болях.

15 июня 1922

Пациент вспоминает, «что вчера здорово закрутило», но теперь он чувствует себя хорошо и «больницу» можно разогнать. Правда, неприятны эти кондрашки, но ввиду того, что они происходят в скромном размере и с этим можно мириться. При посещении профессоров Клемперер и Крамера очень оживлен, много разговаривает, настаивает на том, что больше не нуждается в присутствии врача и уходе сестры. Потребовал предписание профессора Ферстера. Просил, чтобы ему составили расписание на неделю. День провел хорошо, тяготится ежедневными посещениями профессора Клемперера, продиктовал Марии Ильиничне письмо к Сталину с просьбой освободить от него. Надежде Константиновне сказал, что для русского человека немецкие [вписано рукой] врачи не выносимы.

16 июня 1922

У пациента началось возбуждение, дали 0,5 ложки натрия бромиды, после обеда повторно дали бром с кодеином.

Справка. У пациента психомоторное возбуждение. Препараты брома усиливают торможение в коре мозга, снижают возбуждение. В прошлом бром широко применялся в качестве основного седативного лекарственного средства. В настоящее время его довольно ограниченно используют при неврастении, неврозах, истерии.

17 июня 1922

Пациенту сделана клизма, температура 36,4, пульс 74, вечером очень разговорчив.

18 июня 1922

У пациента обложен язык, живот вздут, кишечник действовал плохо.

Комментарий. Ниже по ходу повествования дневник много времени будет уделять действию кишечника пациента, что связано с тем, что при нейросифилисе это одно из важнейших «страданий» пациента, влиявшее на качество жизни таких больных. Их характерной чертой были приступы болей в желудке и прямой кишке. Нарушалось опорожнение кишечника, поэтому пациент практически все время до конца жизни будет пользоваться клизмами и промываниями кишечника, а его состояние будет ухудшаться или улучшаться параллельно с нарушениями в работе кишечечно-желудочного тракта.

19 июня 1922

На странице 22 дневника доктор Кожевников делает запись, что В.И. Ульянов тяготится присутствием немецких врачей и очень просит оказать влияние, чтобы немецкие

профессора уехали поскорее домой, так как в Москве очень много сплетен о его здоровье и присутствие немцев усугубляет их. Теперь он на верном пути выздоровления и нет необходимости «в этих тратах». На верхней десне справа под клыком появился небольшой волдырь.

Справка. Из биографии известно, что в эти дни В.И. Ульянов пишет Сталину записку: «Сталину. Если Вы уже здесь оставили Клемперера, то советую, по крайней мере: 1. Выслать его не позднее пятницы или субботы из России вместе с Ферстером, 2. Поручить Романову вместе с Левиным и другими использовать этих врачей и учредить за ними надзор».

20 июня 1922

Были профессора Клемперер и Крамер, пациент волновался, был с ними любезен. Умножил трехзначное на двузначное. Слева Оппенгейм, справа намек на Бабинского, двусторонний клонус. Нарывчики на ноге, слегка увеличались, около внутреннего края правой пятки тоже появилось несколько мелких нарывчиков. Когда шел по комнате резко ослабли правые конечности, на несколько секунд посидел, затем прилег, после чего все прошло.

Справка. Волдырь на слизистой десны, нарывчики на ноге — это поражения кожи и слизистой сифилитической природы, очевидно, это папулы, которые, несмотря на то, что не описаны подробно, имели ряд диагностических критериев — они не болезненны, по периферии нет воспалительной реакции, они не сливаются и проходят только на фоне противосифилитической терапии. Ощущения, вызываемые слизистыми папулами, в общем, бывают незначительными. Часто, когда они были слабо выражены, их путали с Herpes на слизистой рта, но эти

«по Никольскому» более мелкие, с булавочную головку, они сливаются, есть периферическое воспаление, есть покалывания и жжение в коже, характерно присутствие отслоившегося ободка эпителия.

Комментарий. Продолжаются параличи и псевдопараличи (в логике современной симптоматики сегодня это соответствует терминологии ПНМК или ТИА), таких параличей с 20.06 по 30.06 будет указано в дневнике десять, что говорит об их стойкости и прогрессе заболевания. Пестрота клинической картины нарастает, превалирует неврологическая симптоматика, поражения слизистой и кожи тоже укладываются в течение люэса. Пациент неоднократно высказывает неудовольствие присутствием немецкого врача Клемперера, который, по его мнению, обладал меньшим тактом и умением подходить к больному.

21 июня 1922

Первую половину ночи пациент спал неважно. После этого заснул и спал хорошо до девяти часов. Голова утром не болела, но вечером сказал, что уже утром чувствовал себя не совсем хорошо. Ходил во флигель, по-видимому, устал. Обедал хорошо. После обеда спал три часа крепким сном. Вечером немного вял, говорит, что чувствует себя похуже весь день и считает, что причиной этого плохой сон в первой половине ночи, а прогулка ни при чем. На самом деле, по-видимому, прогулка его утомила, т.к. после обеда был более вялым. Предполагалось сделать ванну, но сам пациент признал, что ее благоразумнее отложить на следующий день. Поужинал хорошо, лег спать около десяти часов вечера.

Комментарий. Такие больные быстро уставали, но часто этого не замечали, поэтому врачи оценивали «усталость» по изменению пульса.

22 июня 1922

Пациент вечером интересовался о прилете профессора Ферстера. Сказал «хоть бы скорее все это было и потом к черту весь этот синклит». Пульс до ванны 94, после 82 в минуту.

23 июня 1922

В этот день вдруг у пациента стало «дергать» правые конечности, он упал. Когда его посадили, движения восстановились. Затем пациента отнесли на носилках на кровать, там опять были подергивания в ноге, но сила не ослабла. Происшествие огорчило, пациент говорит «надо, чтобы около меня был во время бодрствования ПП». Опухоль на десне прошла, нарывчик на ноге прорвался вышло, довольно много жидкого гноя, живот вздут вверх и слева. Согласился с мнением врачей, что надо меньше ходить.

Справка. Под синклитом пациент имел в виду большое количество врачей-профессоров, которое привлекли к его консультациям. Под «ПП» имеется ввиду старший личной охраны В.И. Ульянова, состоящей из латышей, Петр Петрович Пакалн.

Комментарий. Профессор Василий Васильевич Крамер называл то, что произошло 20 и 23 июня, приступами. Врачи сегодня назвали бы это транзиторной ишемической атакой (далее ТИА), в основе которой так же, как и при атеросклерозе лежит механизм циркуляционной гипоксии. В отличие от атеросклероза, причиной гипоксии при нейросифилисе является продуктивное воспаление сосудов или гуммозное поражение сосудов, с чем связаны нестойкость и множественность псевдопараличей и параличей, как основной невро-

логической симптоматики. Врачи описали динамику процесса достаточно, чтобы сегодня можно было понять, как лечащие врачи оценивают патофизиологию процесса у данного пациента. Описана симптоматика раздражения оболочек левого полушария. Появление нарывчиков на ноге и гнойного стоматита также говорило им о сифилисе. Гнойный стоматит часто возникал и при лечении пациентов с сифилисом ртутью, но она пока не была указана, поэтому его можно отнести и к основному заболеванию.

Морфологически это должно было выглядеть как первичный эндартериит Гейбнера (Хойбнера), когда воспаление артерий мозга (эластического типа) приводило к облитерации сосуда.

24 июня 1922

В этот день была консультация Н.А. Семашко, В.В. Крамера, Г. Клемперера и Л.Г. Левина. Пациент волновался, не мог назвать ромашку и незабудку, был ажитирован, смущенно смеялся больше, чем нужно. Расспрашивал профессора Клемперера о здоровье Цюрупы.

Левин Лев Григорьевич, 1870–1938, терапевт, профессор, заведующий терапевтическим отделением Лечсанупра Кремля. Расстрелян как участник правотроцкистского блока. В этом же году по «сталинским спискам» расстреляно еще несколько участников тех событий.

Комментарий. Присутствие наркома Семашко на консультации В.И. Ульянова говорит о полной осведомленности Политбюро ходом лечения.

25 июня 1922

Пациент принимал бром и кодеин. Хочет писать письмо Семаишко с просьбой избавить его от консультаций врачей.

26 июня 1922

В.И. Ульянов в этот день говорит: «рука повисла, как плеть, а нога шлепнулась об пол». Придумал каламбур: «Когда министр или Нарком абсолютно гарантированы от падений? Когда он сидит в кресле». Ажитирован и со смехом рассказывает о припадке Марии Ильиничне, Надежде Константиновне и лечащему врачу Кожевникову. Смеется, но смех производит впечатление «как смех сквозь слезы». Сел на кушетку, снова начался припадок длительностью несколько секунд, после чего заявил, что ему трудно говорить. Пациент убедился, что ему самому хуже от утомления. Принял бром.

Комментарий. Утомление, «страдания» кишечника и ухудшение состояния пациента, включая нарушение когнитивных функций его мозга, будут идти параллельно в течение всей его оставшейся короткой жизни.

27–29 июня 1922

За эти дни у пациента были две ишемические атаки, пациент принимал бром, первый волдырь на ноге почти зажил, образовалось несколько новых, из которых выделялась лимфа.

30 июня 1922

У пациента был паралич за чаем. Этот день Ульянов так описывает в записке Сталину от 07.07.1922: «Товарищ

Сталин. Врачи, видимо, создают легенду, которую нельзя оставить без опровержения. Они растерялись от сильного припадка в пятницу и сделали глупость: попытались запретить «политические посещения» (сами плохо понимая, что это значит!!!). Я чрезвычайно рассердился и отшил их.....Надеюсь, Вы поймете это, и дурака немецкого профессора и Ко отошьете.....».

Комментарий. Состояние пациента за последние дни можно назвать *status idem*, что по-латински обозначает «состояние без изменений» — продолжаются кратковременные спазмы и параличи.

Профессор М.С. Маргулис: «Помимо черт, общих для церебральных параличей всякой этиологии, очаговый симптомокомплекс включает в себе особенности, характерные именно для сифилиса мозга. Специфическая окраска очагового симптомокомплекса создается не отдельными симптомами, а характером развития, совокупностью и комбинацией последних.....Для сифилиса характерна повторяемость небольших инсультов на почве множественного изменения сосудистых стенок». Как суммарный итог этого месяца, болезнь не стоит, она прогрессирует, неврологическая симптоматика нарастает. Профессор **Г.И. Мещерский** писал в 1922 году: «Гораздо печальнее обстоит дело со специфической терапией прогрессивного паралича, который с современной точки зрения должен рассматриваться как разлитой сифилитический паралич мозговой коры, выражающийся интенсивным поражением нервной паренхимы, клеток и волокон, чем скорее всего и объясняется чрезвычайное упорство процесса по отношению ко всем терапевтическим мероприятиям». Пациенту назначают препараты йода, что, конечно, недостаточно и врачи должны, просто обязаны, использовать более широкий спектр лекарств согласно стандар-

там того времени. И если врачи уверены, что у больного сифилис сосудов мозга или прогрессивный паралич, то ему должны, просто обязаны, были назначить препараты арсенобензольного ряда, что мы и должны увидеть в ближайшее время.

1 июля 1922

Пациент заснул около полуночи и спал, не просыпаясь до 8-00. Проснулся без головной боли, но настроение немного мрачное и апатичное. Сам пожелал заняться задачами, ему было дано 20 примеров умножения двузначных чисел на однозначные. Все упражнения более трудные, чем накануне, сделал за три с половиной минуты. Сделал три ошибки, потом сам их исправил. Около 11-00 заснул и спал до 13-00. При посещении Крамера и Ферстера выглядит гораздо бодрее, чем утром. Настроение ровное. Влило 0,15 ars [вписано рукой]. Перенес вливание хорошо, боли никакой не было, перед и после вливания небольшая головная боль, которая скоро прошла. Хорошо пообедал. После обеда спал три часа, вечером ровное, хорошее настроение. Тошноты не было. Аппетит за ужином удовлетворительный.

Комментарий. *Ars* — латинское сокращение, вписанное рукой лечащего врача А.М. Кожевникова, обозначает препарат, содержащий мышьяк или «арсеникум». Более точных данных, чтобы указать какой это препарат, арсенол, арсацетин, гектин, сальварсан, неосальварсан или какой-либо другой из широкого спектра препаратов, используемых в то время для лечения сифилиса, нет. Т.е. это любой препарат на основе мышьяка, который применялся в то время для лечения больных с сифилисом. Эти препараты арсенобензольной группы довольно ток-

сичны по отношению к нервной системе человека, о чем врачи уже знали, но еще шла дискуссия о причинах этого.

Справка. Врачи при лечении нейросифилиса использовали различные схемы введения таких препаратов. Вот как пишет об этом В.П. Осипов, привлеченный в дальнейшем к лечению В.И. Ульянова: *«Лечение арсенобензольными препаратами проводится или обособленно после ртутного лечения или одновременно, причём вливания начинаются после двух-трех кругов втираний (речь о ртутных втираниях- примечание автора) и повторяются приблизительно 1–2 раза в неделю в зависимости от вводимых доз. Большинство отдает предпочтение неосальварсану (914), высшая однократная доза которого 0,9. Курс лечения заключается в последовательном введении от 5,0–10,0 препарата. Одни авторы (Sicard) рекомендуют ежедневно или через день малые, дозы (0,15–0,3) в течение двухмесяцев, другие (Иванов) дробные, нарастающие дозы (0,3, 0,45, 0,6) через 5–7 дней. Третьи (Plaut, Blaschko) предпочитают вводить сразу большие дозы от 0,6–0,9 по расчету 0,01 на 11 kg веса больного. Sicard обращает внимание на crise nitritoide, наступающую вслед за введением препарата, выражающуюся тошкотой, общим недомоганием и синюхой лица. Эти кризы продолжаются несколько минут и, по-видимому, свидетельствуют о недоброкачественности препарата; поэтому, полезно предварительное введение маленьких доз (0,1–0,15) путем подкожных инъекций. Осложнения со стороны нервной системы, выражающиеся повышением внутричерепного давления, менингеальными симптомами и параличами черепных нервов, наблюдаются, преимущественно, при нервных проявлениях во вторичном периоде сифилиса. Здесь до вливания арсенобензола необходимо предварительное ртутное лечение. Осложнения*

анафилактического характера, выражающиеся судорогами, отеками легких и комой, наблюдаются через 2–3 дня после вливания крупных доз, повторяемых с недельными промежутками и могут привести к смерти больного; этих осложнений Sicard не наблюдал при малых дозах. Токсические осложнения в виде эритемы, исчезновения ахилловых рефлексов, желтухи и азотемии, наступают после продолжительного курса лечения и указывают на необходимость его прекращения. Sicard рекомендует повторять лечение через каждые 4 месяца. Принимая во внимание сказанное, и личный клинический опыт, я останавливаюсь на применении постепенно нарастающих средних доз 0,3, 0,45, 0,6, вводимых с перерывами в 5–7 дней. Если курс ртутного лечения был проведен незадолго до этого, то повторять его нет надобности, если же этого не было сделано, то вливания начинаются после 8–12 втираний и должны быть продолжены до введения в общей сложности 5,0–6,0. В течение курса лечения нет надобности повторять серологических реакций, это следует сделать через 2–3 недели после окончания курса лечения, так как раньше этого срока исследование редко дает отрицательный результат, а операция поясничного прокола не представляется совершенно безразличной. При назначении лечебных курсов в дальнейшем следует руководиться не только результатами вновь произведенных серологических исследований, но и клинической картиной болезни. Лечение сифилиса мозга должно начинаться с момента установления rozpoznания без промедления, оно должно энергично проводиться и в сравнительно легких случаях, как неврастеническая форма, тогда можно рассчитывать на его успешность и прочность. Проведение лечения, если это возможно, с применением серных ванн, особенно, при хороших климатических условиях в благо-

устроенных курортах, может дать хорошие результаты. Исчезновение положительной Реакции Вассермана с сывороткой крови и цереброспинальной жидкостью, представляется хорошим прогностическим признаком, и к этому следует стремиться».

В монографии «Сифилис нервной системы» под редакцией А.И. Абрикосова от 1927 года авторы пишут: «Чаще рекомендуется комбинированное лечение сальварсана с ртутью. Тем не менее и при такой комбинации энергичное лечение ртутью при слабых дозах сальварсана все же не гарантирует от **неврорецидивов**. В начале комбинированного лечения необходима осторожность, чтобы не вызывать сильной реакции организма; вследствие распада сразу слишком большого количества спирокет (Нонне). Исходя из вышеприведенных соображений, Дрейфус советует при свежем сифилисе начинать с небольших доз — 0,15–0,3 сальварсана, одновременно проводить ртутное лечение, быстро переходя к высоким дозам в 1,35 неосальварсана в неделю, и дойти до общего количества в 7,5 сальварсана. Верн считает действенной дозу неосальварсана в 0,6 и доходит до 1,2, делая вливания еженедельно, до 30 и больше раз за один курс. Необходимо соблюдать правильность и однообразие в назначении сальварсана до времени курса лечения и правильность интервалов между отдельными курсами; промежуток между курсами не должен превышать трех месяцев. Если при первом курсе был применен сальварсан, то его следует применять и в последующие курсы (Nonne, Pette)».

Комментарий. Как и предполагалось ранее, лечащие врачи начинают лечение пациента препаратом мышьяка. Какого-либо специалиста по лечению сифилиса не привлечено, так как это могло дать дополнительные основа-

ния для слухов, и кроме того, в связи с частым явлением менинговаскулярного сифилиса и прогрессивного паралича у больных с сифилисом, неврологи и психиатры того времени были в курсе всех особенностей ведения таких больных, как и негативного прогноза в части течения заболевания.

2 июля 1922

В этот день у пациента был псевдопаралич. Были даны фенацетин и кофеин. Было свидание с дочерью недавно умершей хорошей знакомой в течении 5 минут, с Дмитрием Ильичом и Анной Ильиничной Ульяновыми. Принял фенацетин 0,25 и кофеин 0,1. В 20-30 принял ванну с температурой воды 26,5 градусов в течении 10 минут.

3 июля 1922

Пациент спал хорошо без брома. Проснулся без головной боли, но уже с утра чувство, что не выспался. Хорошо позавтракал, сделал 20 задач. В одной из них не мог вспомнить, сколько будет 7 х 6. Вспоминал одиннадцать с половиной минут. После этого стал делать следующие задачи и когда в ней встретилось 7 х 6 сразу сказал 42 и тогда вернулся к недоделанной задаче и закончил её. В одной задаче была ошибка. Все упражнения сделал за 4,5 минуты. В скором времени лег спать и проспал до 14-30. Проснулся с головной болью, локализующейся во лбу, а временами левой теменной области. При посещении профессором Ферстером и Камером считал в обратном порядке до 10 за три секунды. Назвал дни недели очень быстро. От 100 до 50 назвал все цифры в обратном порядке за 25 сек. От 100 до 51 отнимал семь за 25 сек. По-

сле это ему было прочитано три фразы. Первоначально повторил две почти дословно и правильно передал смысл третьей. Через пять минут передал смысл только первой и второй, в третью вспомнил только начало. Сделано вливание **0,15 ars**. Обедая хорошо, после обеда не спал, голова немного болит, от 19-00 до 20-00 часов занимался плетением корзины, но работа не клеилась. Настроение в общем удовлетворительное, но вяловатое. Пузырьки после перевязки с мазью РТУТИ на ноге значительно лучше. Ужинал с аппетитом».

Комментарий. Итак, мы видим не фоне вливаний арсенобензолных препаратов, упоминается ртуть, которая на протяжении 400 лет использовалась для лечения сифилиса, что в сочетании с препаратами йода, однозначно указывает на классическую схему лечения прогрессивного паралича, используемую врачами. Использование термина парасифилис или паралюэс было в рамках развития научной медицинской мысли на тот момент, впрочем, как и терминов пседопаралич, пседопаралитическая стадия. Нарушения счета использовали как диагностический критерий оценки тяжести нарушения когнитивных функций у таких больных. Мнение профессора **Л.С. Минора**: «Я лично видел массу очень плохо лечившихся сифилитиков, не имевших *tabes* и очень много крайне сильной долго лечившихся ртутью, ставших, тем не менее, табетиками или паралитиками. У меня были такие, которые в течение ряда лет проделали до 600 втираний и инъекций ртути, выпили ведра йодистого натрия и все же стали табетиками. За вероятное отсутствие связи между ртутным лечением сифилитика и последующей *tabes* (и прогрессивного паралича) говорит еще и тот давно известный факт, что *tabes* чаще всего бывает у лиц, проделавших т. н. легкую форму сифилиса,

*т.е. имевших небольшую язвочку(часто определенную как *ulcus molle* или даже как *herpes proenitalis*) и почти никаких вторичных явлений; а между тем в Аравии и некоторых других южных странах, где сифилис свирепствует как тяжелая, часто убивающая эндемия с колоссальными язвами, изуродованиями кожи и костей и т. д. *tabes* совершенно не наблюдается».*

5 июля 1922

В этот день пациент назвал нарушение своего почерка «сумасшедшим» и просил идти ПП справа, если случится паралич. Были вливания 4% Кальция Бромиды.

Справка. Под ПП имеется ввиду Петр Петрович Пакан, 1886–1937, начальник охраны В.И. Ульянова. Расстрелян, реабилитирован посмертно Военной коллегией Верховного суда СССР в 1956 году.

6 июля 1922

Пациент заснул только в 5-00 часов утра несмотря на то, что принял бром и фенацетин, так как болела голова. Проснулся в 9-00 утра вялым и сонным, позавтракал хорошо, голова не болит. Но так как хочется спать, задач не решал. Подремал тридцать минут. В 12-00 приехали профессора Ферстер и Крамер. При исследовании не найдено никаких патологических рефлексов. Влило 0,225 ars. Пообедал без аппетита, после обеда поспал полтора часа. После этого решал задачи, написанные им самим. Сделал одну ошибку, но сам её исправил. Читал о шампиньонах и записывал прочитанное, частью переписанное из книги. Плетение корзины не удалось, отчасти потому, что мешала повязка. Вечером чув-

ствует себя немного усталым, вялым. Голова не болит, но не свежая. Спазмов не было. Аппетита нет, но все же поужинал удовлетворительно.

Комментарий. Лечащие врачи приняли решение увеличивать дозировку арсенобензолного препарата, что входило в логику лечения прогрессивного паралича и табеса в то время. Они, избрав одну из самых щадящих тактик введения очень небольшими дозами, через день начали постепенно увеличивать разовую дозу препарата.

7 июля 1922

На странице 38 дневника говорится, что в этот день был короткий приступ в кровати, длительностью 10 секунд, в промежутке между 10 и 11-00. Повторный паралич, длительностью несколько минут, в этот день был в 20 часов 30 минут.

8 июля 1922

*Врачи Ферстер и Крамер сделали подробное исследование. Объем всех активных движений, как в левых, так и правых конечностях, в полном объеме. Сила велико-
лепная, нет ни атаксии, ни апраксии, ни диспраксии, ни адиатохокинезии. Исследование глубокой чувствительности не обнаружило никакого понижения ее. Поверхностная чувствительность в норме. Чувство локализации раздражений вполне правильное. Исследование по Веберу норма. Правильно узнавал написанные на его руке цифры. Очень мелкие иногда не мог определить, при закрытых глазах, конечно. Рефлексы все живые, патологических рефлексов нет. Только слева нарек на клонус (5–6 подергиваний). Сделано вливания 4% каль-*

ция бромати 6,0. После консультации настроение очень хорошее.

Справка. Атаксия — нарушения статики и динамики в связи с нарушением согласованности мышц агонистов и антагонистов, выражающиеся в несоразмерности и диспропорциональности движений. В данном случае идет речь о поражении задних лобных отделов мозга и их связей с мозжечком, либо сенситивной атаксии.

Апраксия — нарушение двигательных актов при сохранности их составляющих, что определяется, когда больного просят выполнить ряд простых действий. Существует значительное количество апраксий. В данном случае врачи пишут о моторной и идеомоторной апраксиях. **Диспраксия** — термин, обозначающий нарушение движений. Сегодня не используется, тут также речь об апраксии.

Адиатохокинезия — способность к совершению симметрично и согласованно идентичных действий, включающих сменяющие друг друга противоположные движения предплечий, кистей или пальцев. **Проба Вебера** служит для определения, какая часть афферентации звукового сигнала, проводящая или принимающая, повреждена, что достигалось использованием камертона.

Комментарий. Врачи исследуют неврологическую симптоматику, отсутствие нарушений глубокой чувствительности — это благоприятный признак. В своем учебнике по неврологии Л.С. Минор пишет: *«Видно, что lues и tabes, по крайней мере в огромном большинстве случаев, не разделены во времени...»*, *«Само лечение tabes несколько различно в до-атаксический и атаксический период»*. Т.е. неврологам важно выяснить есть ли атаксия не только для оценки состояния и прогноза заболевания пациента, но и для коррекции его лечения.

9 июля 1922

Сегодня был приступ в кровати в 8-00 с полным параличом справа длительностью 30-40 секунд. Почерк по-прежнему мелкий и неровный микрография [это слово подписано рукой]. Нога совершенно зажила. Продолжительного приступа ни одного не было.

Комментарий. Врачи того времени отмечали микрографию как патогномоничный симптом прогрессивного паралича.

Справка. Патогномоничный — характерный только для этого процесса, патогномоничный симптом — тот, который позволяет однозначно утвердиться в диагнозе.

10 июля 1922

*Пациент спал великолепно с 23-00 до 9-00, не просыпался ни разу. Проснулся со свежей головой, задачи решал очень быстро, но сделал одну ошибку. Утром настроение спокойное, ровное. Немного читал и списывал. Хорошо пообедал. Во время консультации один рассказ прочел сам про себя, другой был прочитан ему вслух. Содержание обоих рассказов передано правильно. Когда были показаны тесты, которые Владимир Ильич видел пять дней назад, узнал тот, который ему тогда был выдан. Сделано вливание **0,3 ars**. После этого лежал два часа. Затем был несколько возбужден. К вечеру немного разболелась голова, но к вечеру она прошла. Когда Владимир Ильич шел ужинать, то почувствовал неловкость в правых конечностях и в ванной комнате упал на кресло, через пятнадцать секунд встал и сам дошел до столовой. При этом в руке были подергивания и боль. После спазма за ужином пациент был сильно возбужден и, как будто, несколько сконфужен, много смеялся без достаточного повода, так что Марии*

Ильиничне пришлось его останавливать. Ужинал очень хорошо. Температура несколько повысилась, в 20-00 до 37,2 в 22-30 до 38,8. Заснул в 23-00.

Комментарий. Мышьяк — капилляротоксичный яд, как мы сегодня знаем, относимый к тяжелым металлам. Пациентам для уменьшения побочных эффектов мышьяка после введения таких препаратов предписывалось лежать длительное время (несколько часов). Дозировка препарата, содержащего мышьяк, увеличена до 0,3 граммов. У пациента, несмотря на проводимое лечение, параличи или псевдопараличи, симптоматика раздражения оболочек также продолжается.

11 июля 1922

В этот день состоялось свидание В.И. Ульянова со И. Сталиным, которое произвело на последнего благоприятное впечатление.

Комментарий. Для понимания клинической ситуации событие малозначимое, в дальнейшем такие события автором будут большей частью опускаться. Это посещение, как и все последующие, назначают на дни, когда не делают вливания препарата арсенобензолного ряда (производного какодила), так как после инъекции пациенту требуется длительно лежать, кроме того возможны и побочные действия препарата, и, соответственно, назначения встреч на эти дни нежелательны.

12 июля 1922

Утром Владимир Ильич спросил Марию Ильиничну, были ли бюллетени о его здоровье и очень смеялся, когда узнал, что в первом было сказано о желудочно-кишечном заболе-

вании, сопровождавшимся нарушением кровообращения. Сказал «я думал, что лучшие дипломаты в Гааге, а оказывается это они в Москве — это врачи, составившие бюллетень о моей болезни». В этот день сделано вливание брома и поясничная пункция. Давление ликвора небольшое, жидкость абсолютно прозрачная, после пункции голова не болела. В.И. Ульянов пишет письмо, где интересно только второе примечание «т. Каменев!.....PPS. Только что услышал от сестры о бюллетенях, вами обо мне выпущенных. И хохотал же. «Послушай, ври, да знай меру!».

Комментарий. На фоне лечения делается вторая люмбальная пункция, которая должна была исследована на RW (первая пункция для анализа на RW, результаты которого нам не известны, сделана 30 мая 1922). Вот что пишет о необходимости четырех реакций Вассермана один из консультантов Макс Нонне в своей монографии «Сифилис и нервная система», которая с 1901 года по момент болезни Ульянова выдержала уже 4 издания (и это не последнее, в 1924 сразу после смерти Ленина выйдет 5 издание): «Существенное расширение нашего понимания того, является ли органическое нервное расстройство сифилитической природой, обеспечивается применением «четырех реакций» для исследования крови и спинномозговой жидкости»(перевод с немецкого автора).

Из текста дневника видно, что пациент прекрасно осведомлен о причине его заболевания и посмеивается над СМИ, которые распространяют заведомо неверную информацию. Нарушение кровообращения имеет конкретную причину, о которой не говорится, вместо нее в бюллетенях выставляется другая, неправдоподобная для данного клинического случая версия. По мнению автора, инициаторами дезинформирования, как и появления самих бюллетеней, были не врачи, поскольку

в их задачи входил и входит по сей день только процесс диагностики и лечения. Скорее, наоборот, в задачу лечащих врачей с точки зрения медицинской этики входило нераспространение любой информации о заболевании пациента Ульянова, кроме близких лиц, которые должны быть оповещены в обязательном порядке.

Справка. Вот как описывается этот день в биохронике: *«Ленин пишет письмо Л.Б. Каменеву по вопросам работы ЦК РКП(б). Ленин пишет записку секретарю СНК Л.А. Фотиевой, в которой говорит, что она может поздравить его с выздоровлением, поручает ей готовить для него книги (и посылать списки): «1) научные, 2) беллетристику, 3) политику (последнюю позже всех, ибо она еще не разрешена)» и передать А.И. Рыкову его просьбу организовать отдых секретарей СНК; на конверте делает надпись: «Л.А. Фотиевой (от Ленина)». Ленину разрешены прогулки в саду и парке. Ленин утром читает книгу Ф. Тейлора «Научные основы организации промышленных предприятий». Т.е. официальная хроника дает другую, более благополучную, картину.*

13 июля 1922

Пациент проснулся около 4-00 утра. До 5-00 утра лежал, затем ходил по балкону. После выпил два с половиной стакана молока и лег, но не мог заснуть. В 9-00 часов позавтракал, решил очень хорошо десять умножений двузначных чисел на двузначные, без ошибок. Затем пять задач вычитания с последовательным сложением, но эти задачи были новые и он их решил с помощью доктора А.М. Кожевникова. Когда было разрешено спуститься в сад, быстро спустился с лестницы и быстрыми шагами, без остановки дошел до середины парка, где отдыхал

на скамейке. Хотел идти дальше, но уступил просьбе и вернулся домой по другой дороге. После прогулки пульс несколько учащен и состояние немного возбужденное. Сделано **0,3 ars**. После обеда хорошо поспал полтора часа и его даже трудно было разбудить. Утром до прогулки Владимир Ильич читал научную литературу Тейлор «Организация промышленных предприятий». Прочел двадцать страниц и говорит, что не устал. К вечеру чувствует себя не совсем хорошо, голова не совсем свежая, но не болит, а как будто немного познабливает. Чтение беллетристики после обеда не клеилось. Вечером заявил Кожевникову, что он сам чувствует, что во время утренней прогулки был несколько возбужден. Хотел все посмотреть, но это ни к чему и завтра он будет во время прогулки более осторожен. Утром Владимир Ильич написал письмо Фотиевой, в котором пишет, что она может его поздравить с почти полным выздоровлением и что его почерк становится похожим на почерк здорового человека. Ужинал хорошо, лег рано спать.

14 июля 1922

Был Каменев, говорит, что Владимир Ильич выглядит не хуже, чем зимой, и он бы не сказал бы, что тот перенес серьезнейшую болезнь. Вечером пациент гулял, сильно устает, приходилось ложиться на траву, так как на скамейке сидя уже не мог отдохнуть нет спазмов.

15 июля 1922

Сделано вливание 8 кубиков 4% кальция бромида. В этот день спазмов не было, но в руке неуверенность.

16 июля 1922

В этот день был Бухарин. Status idem.

Комментарий. Биохроника сообщает об этом дне, что «Ленину разрешается проф. О. Ферстером до 23 июля 1922 г. читать газеты за май, июнь и июль, а с 23 июля — новые газеты».

17 июля 1922

*Пациент спал с 23-00 до 10-00 утра не просыпаясь. Проснулся бодрым, без головной боли. Написал конверт на письме Сталину, написанном накануне. Утром один делал задачи — пять умножений трехзначных чисел на двузначные, без ошибок, и пять упражнений — двузначные на двузначные с одной ошибкой. Прочел и изложил письменно вполне удовлетворительно рассказ «Мужик и лошадь», после этого до приезда врачей Ферстера и Крамера провел время в саду. В 13-30 сделано вливание **0,3 ars**, реакции не было. Владимир Ильич во время консультации, как и накануне, вспомнил название вулкана **ПОПОКАТЕПЕТЛЬ** [написано рукой]. С 17-00 до 20-00 провел время в саду. Немного вялый. Голова не болит, но не совсем свежая. Барометр очень низкий, собирается гроза. Хорошо поужинал и лег спать в 23-00.*

Комментарий. Следует обратить внимание, что врачи настроены на появление реакций после вливания препарата арсенобензолного ряда и следят, есть или нет реакции нервной системы на введение, что и отмечено в дневнике. Для больных нейросифилисом характерно ухудшение состояния в зависимости от усталости, которая негативно влияет на общее состояние патологического процесса.

18 июля 1922

В этот день В.И. Ульянов проснулся бодрым и написал письмо И. Сталину. Опять появилась припухлость на десне над правым верхним клыком, из нее выделяется не-много гноя, не болит. Смазали йодом.

19 июля 1922

Десна стала лучше. Ввели 8,5 кубов 4% кальция бромати. У пациента появилось чувство, что отлежал правую ногу. Интересовался бюллетенями и терминами в них, и есть ли выражение «нарушение кровообращения».

Справка. Из клинической фармакологии 20-х годов было известно, что наиболее активно проявляется действие бромистых солей при состоянии беспокойства и возбуждения центральной нервной системы, различных ее болезнях и отравлениях нервными ядами. В этих случаях бромистые соли вызывают ясное угнетение сенсорных и моторных отделов головного мозга и общее понижение рефлекторной возбудимости; при этих условиях появляются не только успокоение и, при бессоннице, сон, но и замедление, ослабление и даже прекращение судорожных явлений. Важным преимуществом успокаивающего действия бромистых солей являются относительная весьма малая их токсичность и отсутствие предварительного «возбуждения», которое нередко наблюдается у снотворно-наркотических препаратов жирного ряда.

20 июля 1922

Дневник. *«Спал очень хорошо до 9-00. Принял сидячую ванну, температура воды 25 градусов. Длительность*

ванны 10 минут. Хорошо позавтракал. После завтрака вполне правильно сделал восемь умножений трехзначных чисел на двузначные и два упражнения трехзначные на трехзначные. Прочел и хорошо письменно изложил рассказ о котенке. После этого гулял в саду. После 12-30 вливание **0,3 ars**. Пообедал хорошо, лежал до 16-30 с 17-00, затем до 21-00 часов был в саду и долго читал газеты, делая небольшие перерывы, как только замечал головную боль. Мария Ильинична отмечает, что было очень заметно, что Владимир Ильич нервничал. Вечером голова несвежая. Более вялый, чем обычно. Говорит несколько медленнее и голос более утомленный. Несколько раз во время беседы с Кожевниковым зевал».

21 июля 1922

На 51 странице дневника указано, что когда Владимир Ильич шел обедать, почувствовал холод в правой ноге, хотел было сесть, но решил, что сможет дойти и дошел. Говорил несурзности Надежде Константиновне. На вопрос, который час, ответил: половина второго, а было 18-15. Говорил одни слова вместо других. Лицо скошено влево, движения правых конечностей резко ослаблены, но полного паралича не было. Это продолжалось 15 минут, приволакивал ногу. Были элементы парафазии, например, говорил «перила скамейки» вместо «спинки».

22 июля 1922

У пациента был тремор в правой руке. В этот день были врачи Ферстер и Крамер. Появилась крапивница на сгибательной стороне правого предплечья и на левом тоже

был зуд 30 минут. Пациент принимал фенацетин и соннацетин. На правой руке небольшой **TUMOR** [подписано рукой]. Сделано вливание препарата брома в правую руку, после чего рука опухла на 30 минут. У больного апатия.

Справка. Tumor — опухоль (лат), по данной ситуации отек.

23 июля 1922

У пациента в этот день отмечена сонливость.

24 июля 1922

Владимир Ильич заснул в 24-00 и спал до 11-00, два раза ненадолго просыпался. Весь день вялость и сильная сонливость, часто зевает, но днем не спал. Жалуется на скуку и очень тяготеет своим бездействием. В 13-00 влит **0,3 ars** и до 16-00 лежал. К вечеру сонливость намного меньше, но изнемогает от скуки. Лег спать только в 23-00.

25 июля 1922

В этот день у пациента сонливость. Были профессора Ферстер и Крамер. Выжал 35 делений динамометра, тогда как накануне 70. Неприятных ощущений не было попросил английскую соль.

26 июля 1922

Сегодня опять сонливость. В 18-00 началась сильная сонливость. Владимир Ильич стремится получить разрешение на чтение белогвардейских газет.

27 июля 1922

Была гроза, поэтому В.И. Ульянов заснул во втором часу и спал до 9-30. Проснулся не выспавшимся, утром решал задачи из пяти заданий умножения трехзначных на трехзначные числа, только одно сделал правильно, зато все пять делений пятизначных на однозначные сделал крайне быстро и без ошибок. После этого хотел поспать, но по совету Кожевникова отложил сон пока не будет сделано впрыскивание. Ферстер и Крамер отметили, что пациент расстроен известием в газете об убийстве Джемала Паши, так как он придает этому большое значение. Вяловат, после инъекции **0,3 ars** в течении дня Владимир Ильич не спал, и хотя сонливость довольно значительная, не стремился заснуть. Два раза за день по 15 минут читал газеты. Знакомился с Гаагской конференцией. В саду был 1,5 часа, все время сидел читал «Русскую мысль» из-за границы. Голова немного сильнее болит, чем предыдущие дни. Енукидзе запросил нас, не допустим ли мы американского корреспондента. Все трое врачей, Ферстер, Крамер и Кожевников высказались единодушно против.

28 июля 1922

Пациент принял две лепешки [подписано рукой] сомнацетина. Троцкий нашел, что у В.И. Ульянова прекрасный вид.

Справка. Лепешка — твердая лекарственная форма, широко используемая в медицине начала прошлого века и ранее. **Сомнацетин** — снотворный комбинированный препарат, с жаропонижающим и анальгезирующим действием. Состоял из мединала (натриевая соль веронала), фенаcetина (производное этилового эфира амидофенола) и кодеина.

29 июля 1922

У больного ощущение отлежания ноги в течении 30 минут, после этого клонические подергивания, а затем наступил полный паралич на несколько секунд. Замеренная температура составила 37,3 градуса. После обеда опять был паралич. Принял полтаблетки люминала и две таблетки сомнацетина.

30 июля 1922

В этот день у пациента было свидание со Сталиным.

31 июля 1922

*Спал очень хорошо, не просыпаясь с 23-00 до 9-30. Настроение очень хорошее. Голова не болит. Сделал пять упражнений на умножение с двумя ошибками и пять делений без ошибок. Были доктора Ферстер и Крамер. Делали пробу того, что читали Владимиру Ильичу и того, что он сам читал. Передал гораздо лучше, чем было в особенности то, что пациент сам читал. Сделано вливание **0,3 ars**. Через 2–3 минуты резкая гиперемия лица продолжительностью 1 час и 2 минуты. Весь день чувствовал себя хорошо. Вечером 2 часа 30 минут провел в саду, доходил до Косой дорожки. Вечером, придя домой был утомлен и поэтому прилег на 10 минут. Голова почти не болит. Желудок не действует, поэтому дали 15,0 грамм английской соли.*

Комментарий. На фоне лечения у пациента продолжают кратковременные спазмы и параличи. Продолжаются головные боли и нарушения сна, при которых пациент практически постоянно принимает сомнацетин и фенацетин. Также следует отметить прогрессирование

нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта и рост сонливости, что отражает нарастание циркуляционной гипоксии на фоне развивающегося эндартериита сифилитической природы. Пациент выведен на разовую терапевтическую дозу препарата 0,3 грамма препарата мышьяка. Длительная гиперемия лица — следствие токсического действия препарата мышьяка, который в дальнейшем приведет к ПНМК капилляротоксического генеза.

Справка. Английская соль — сульфат магния, точнее, гептагидрат сульфата магния. *Magnesium sulfuricum* применяли по 15,0–30,0 на прием в одном–двух стаканах, иногда, теплой воды, действие наступало через 1–2 часа.

1 августа 1922

Владимир Ильич долго не мог заснуть, принял две лепешки сомнацетина. Сегодня был Зиновьев, у него хорошее впечатление от вида В.И. Ульянова.

2 августа 1922

Пациент стал чувствовать запломбированный зуб, десна смазана йодом, чувствительность зуба при постукивании ложечкой. Сделано впрыскивание кальция бромата. Сегодня были доктора Отфрид Ферстер и Василий Васильевич Крамер.

3 августа 1922

У пациента температура 37,2, принял фенацетин. Бледен, утомлен, вяловат. Принял сидячую ванную. Пошел спать раньше, чем обычно.

4 августа 1922

В 12-00 часов дня приехали профессора Ферстер и Крамер. Сделано вливание 0,3 ars, во время лежания после впрыскивания разговаривал, вдруг замолчал и стал как бы жевать и чмокать губами, правая рука и нога еще действовали, но вскоре после этого они перестали двигаться. Складки на лице справа глажены, лицо скошено влево, не говорит, глаза открыты, правая рука и нога неподвижны, левыми производит движения. Началось в 12-48. Справа ясный симптом Бабинского и повышение всех рефлексов на руке и ноге. Через четверть часа отклонение языка вправо и продолжается парез правого фагиалис. Появились небольшие дергания в руке. Через 20 минут первые движения в ноге. Симптом Бабинского становится менее ясным, рефлексy немного ослабели, говорит «да -да, нет-нет, а чорт». Несколько раз сильно зевнул. Через 20 минут все движения очень хорошие в ноге, симптома Бабинского нет, движения в руке атаксические. Парез фагиалис становится меньше. Пытается говорить, но не удается. В руке подергивания в отдельных мышцах без двигательного эффекта. Зрачки реагировали все время. В течении следующего часа движения пришли в норму, но речь почти без перемен. Несколько раз делал попытку заговорить, но издавал лишь отдельные звуки и слога. Но из слов опять «да-да», «нет-нет» и «а чорт». В течение следующего часа парез фагиалис гладился. Через два часа начал говорить — «идите, едайте», «много ешьте и спите» вместо «идите обедайте», «много ешьте и пейте». Сила по динамометру на правой руке 70 делений. По истечении 2 часов 30 минут часов говорит хорошо и по-русски, и по-немецки, но подыскивает слова, есть элементы парафазии. В 6 часов Владимир Ильич рассказал, что с ним произошло. Он все время был в сознании и понимал, что с ним происходит.

Во время паралича все время себя исследовал, производил движения левыми конечностями и пытался производить правыми. Проверял свое зрение. Смотрел в сторону Ферстера и ясно его видел. Доктор Ферстер сидел справа от Владимира Ильича. Когда доктор Кожевников держал его за руку, он это плохо чувствовал, но видел, что он держит его за руку. Несколько раз брал часы и смотрел сколько времени продолжается припадок и безнадежно качал головой. Зрительных ощущений не было. Голова несколько раз болела интенсивными короткими приступами. Пробовал писать во время припадков, но не мог. Владимир Ильич сравнивает данный приступ с майским и боится, что через три дня будет опять состояние сумасшествия. Возбужден и очень взволнован происшедшим. После 1 гр. брома стал спокойнее, но не может заснуть. Болит голова, дан фенацетин 0,25 и кофеин 0,1. Боль утихла, но через 15 минут возобновилась. Ничего не ел с утра, предложен стакан молока, после него голова прошла, стал поспокойнее, но мысль нового ухудшения здоровья его не оставляет. В 9 вечера состояние удовлетворительное, стакан молока опять фенацетин 0,25 и кофеин 0,1.[удалено предложение по этическим соображениям]. На ночь принял две таблетки [неразборчиво].

Комментарий. 4 августа 1922 года, несмотря на использование одной из самых, по мнению автора, щадящих схем на низких дозах арсенобензолного препарата с минимальным содержанием мышьяка, он, постепенно накапливаясь за последний месяц в организме больного, привел к яркому явлению паралича. Время появления данного конкретного паралича, точно совпадающее со временем введения препарата, как и постепенное исчезновение признаков поражения во времени после его введения, говорят о причинно-следственной связи этого

паралича и введения препарата. Таким образом, *в патогенезе болезни у пациента В.И. Ульянова начинает играть роль и токсическое действие арсенобензольного препарата.* В целом, состояние больного значительно не меняется, продолжают паралитические атаки, в основе которых лежит патофизиологический механизм циркуляционной гипоксии в сосудах левого полушария, причиной который является сифилитический васкулит.

Мнение профессора **Никольского П.В.:** «..... в случаях бесспорного прогрессивного паралича влияние специфической терапии в большинстве случаев ничтожно, а в меньшинстве даже вредносно, так как способно отягчить картину болезни, вызывая глубокое психическое депрессивное состояние и общий маразм, идущие рука об руку с интенсивностью течения».

Справка. Маразм — крайняя стадия психофизиологического разложения организма с крайне низкой жизнеспособностью (определение автора).

Для сокращения объема представленной в дневнике информации далее оставлены только значимые факты клинической картины и ее динамики. Текст дневника, не имеющий значения для понимания состояния больного, как и ряд важных физиологических аспектов, по этическим соображениям, опущен.

5 августа 1922

Пациент принял фенацетин и две таблетки сомнацетина, он не выспался, у него сонливость. Профессора Крамер и Ферстер при осмотре ничего патологического у него не выявили. Со стороны памяти нарушений тоже не отмечено. В 14-00 было 15-ти минутное свидание со Сталиным. После обеда больной спал, он апатичен, утомлен,

голова не свежая, с трудом борется со сном. На ночь принял таблетку люминала.

Справка. Люминал — производное веронала, лекарственное средство компании «Bayer», выпускаемое с 1912. В 20-е годы рекомендовался при душевных болезнях, хорее, дрожательном параличе, эпилепсии, как средство, уменьшающее частоту и силу припадков. Использовался лечащими врачами пациента как седативное и снотворное средство. На рынке присутствовало множество препаратов производных от веронала — диал, сандопал, нирвалол, ноктал, амитал, перноктон, мединал и т.д., поэтому у врачей пациента был широкий выбор.

6 августа 1922

Пациент бодр, голова не болит, ни на что не жалуется. В этот день был Енукидзе. Владимира Ильича посетили врачи Крамер и Ферстер. В этот день несколько раз были мимолетные головные боли. Очень оживлен, шутит.

Комментарий. Головные боли у пациента связаны, как понимали врачи в те годы, с периоститом. Как правило, при таких болях применяли компресс или обезболивающее лекарственное средство.

Справка. Периостит — воспаление костной ткани. В данной ситуации подразумевается периостит в местах выхода черепно-мозговых нервов.

7 августа 1922

Сегодня были профессора Крамер и Ферстер, они разрешили больному свидания только, если врач в доме, а политические — категорически нет. Пациент рассердился возложением полицейских обязанностей на врачей. Се-

годня были Орджоникидзе, Петровский и Крестинский. У пациента тряслись руки, особенно правая рука, у него весь день сонливость, Орджоникидзе отметил, что тот говорит плохо. Пациент сам попросил брома. Написал письмо Сталину. Голова тяжелая, болит. С профессором Ферстером простился очень тепло.

Комментарий. Профессор О. Ферстер, как наиболее вероятное событие, уехал на родину, в Германию. На ведении пациента это никак не сказалось. С ним остаются приват-доцент А.М. Кожевников и профессор В.В. Крамер.

8 августа 1922

Пациент читал два раза по 15 минут. Настроение ровное, спокойное. Голова не свежая, осложнений последнего припадка не боится, т.к. теперь видит, что идиотического состояния не будет.

Комментарий. В связи с широтой распространения сифилиса в мире в начале XX века, все пациенты знали, что при переходе процесса на нервную систему возможно развитие слабоумия сифилитической природы, о чем В.И. Ульянов и говорит, упоминая «идиотическое состояние». На данном этапе болезни, у лечащих врачей есть основания предполагать, что заболевание, уже приведшее к относительно мягким когнитивным нарушениям, не пойдет далеко, т.е. до стадии деменции. Именно об этом говорит пациент.

9 августа 1922

В этот день пациент почувствовал в ноге слабость, стал испытывать ногу и руку, встал, убедился, что в ноге слабость. В 17-00 было свидание со Сталиным ме-

нее 30 минут. Мимолетные боли, но пациент обошелся без компрессов. В саду у него была сонливость.

10 августа 1922

Пациент проснулся в удовлетворительном состоянии, без головной боли. Во время кофе несколько экзальтирован, эйфория, оживлен, смеется. Сказал «чувствую себя так хорошо, что съел бы сто человек». Говорит доктору А.М. Кожевникову, что чувствует себя здоровым, так как спал три ночи подряд по десять часов. При неврологическом обследовании выявлено, что правый коленный стал живее. Остальное в норме. Гулял два часа, не устал, проверял свой рассказ и нашел две ошибки. Почерк стал более мелкий.

Комментарий. Для нейролюэса очень характерно изменения почерка, который по мере развития патологического процесса может стать совершенно непонятным. Врачи здесь и далее делают акцент, есть либо нет усталости, так как «пренебрегли этим обстоятельством, мы можем нанести табетике неисправимый вред, и, чтоб этого избежать, приходится следить за его усталостью не путем спрашивания, а по пульсу» (профессор Л.С. Минор).

11 августа 1922

В этот день у пациента было несколько приступов головной боли. Несколько оживлен, потом вяловат, остальное норма.

12 августа 1922

В этот день пациент делал вычитание из 100 по 13, все действия сделаны без ошибок. Подчеркивание «О» во всех

15 строках газеты также сделал без ошибок. Передал содержание 4 рассказов за последние 10 дней — без ошибок. Сделал 6 умножений и 4 деления, 1 ошибка.

Комментарий. Проведение тестов с арифметическими действиями, нарушения которых также является постоянным спутником патологического процесса, указывает на однозначную озабоченность врачей состоянием высших корковых функций у Ульянова В.И. Сегодня проводя тестирование по MMSE неврологи и психиатры также просят пациентов делать обратный счет.

13 августа 1922

В этот день пациент почувствовал в правой ноге внезапное похолодание, оперся рукой о стену, через 1-2 сек после этого были клинические судороги. Весь припадок длился несколько секунд, во время которого пациент оперся на стену и сел на подоконник. Рука была в порядке, речь не расстраивалась. Попросил вечером брома. Был озноб, температура 36,3. К 21-00 пациент успокоился, наложен компресс на голову, когда разошлись нервы. Ел на ужин только простоквашу.

Комментарий. Врач, ответственный за диктовку дневника, не всегда точно указывает последовательность событий. Например, указание на успокоение больного без указания начала и признаков возбуждения, как и его степени, говорит о том, что дневник диктуется через некоторое время после событий, скорее всего, на следующий день.

14 августа 1922

День прошел без особенностей, у пациента изредка была головная боль, настроение у него спокойное и ровное.

15 августа 1922

Мнение доктора Василия Васильевича Крамера: «как с физической, так и психической стороны результаты хорошие». Память хорошая, трясение в правой руке. В левую ягодицу первое впрыскивание 0,015 папаверина. Было посещение Сталина длительностью один час. Пациент утомился.

Справка. Папаверина гидрохлорид (Papaverinum hydrochloricum) — производное изохинолина, в эту группу входили также лауданин, криптонин, протопин, нарцеин и др. Спазмолитик, снижает тонус и расслабляет гладкие мышцы внутренних органов и сосудов. В данном случае лекарство было использовано для снятия спазма гладкой мускулатуры сосудов мозга у пациента и улучшения его кровоснабжения.

В начале прошлого века входил в группу препаратов, влияющих на парасимпатические волокна нервной системы. Механизм папаверина на сегодня оценивается так, что он ингибирует фосфодиэстеразу и вызывает в клетке накопление циклического 3',5'-АМФ и понижение уровня Ca^{2+} .

16 августа 1922

Сегодня пациент спал хорошо и был бодр.

17 августа 1922

В течение дня у пациента было 4-5 внезапных приступов головной боли. Характер боли несколько изменился. Интенсивность меньше, но сами приступы дольше. Настроение спокойное. Третье впрыскивание папаверина 0,03.

Комментарий. Следовательно, 16 августа было второе, неуказанное впрыскивание папаверина.

18 августа 1922

Пациент проснулся бодрым, без головной боли. Сделана инъекция 0,03 папаверина. Читал газету. Проведена оценка статуса пациента доктором Василием Васильевичем Крамером. Пациент делал тесты на память — зрительная память, по-видимому, лучше слуховой. Голова болела меньше, приступы немного более продолжительные, но менее интенсивные.

19 августа 1922

Пациент проснулся бодрым, в хорошем, ровном настроении. Делал упражнения, производит впечатление здорового человека. Сделано вливание 0,03 папаверина.

20 августа 1922

В этот день у пациента было онемение правой ноги длительностью сорок пять минут, как будто отсидел. Разошлись нервы, появились слезы на глазах. Съел только два стакана протокваши. Болела голова, когда нервничал. Кишечник не действовал, была поставлена клизма. Хорошо поужинал.

21 августа 1922

Пациент спал хорошо, позавтракал, настроение бодрое, ровное, но голова не свежая. Сильно вздут живот. Введено 0,03 папаверина. Головные боли течения дня, на ночь дан лакричный порошок.

22 августа 1922

Утром этого дня язык обложен, живот вздут, голова не свежая. Пациент позавтракал хорошо. Был Рыков. По-

ставлена клизма. В 14-00 была слабость в ноге длительностью одна минута, когда пытался встать из глубокого кресла. Вечером в 18-00 были клонические судороги в правой ноге длительностью одна минута. Владимир Ильич высказал озабоченность неладами с кишечником.

Комментарий. Больной впервые сам высказывает озабоченность проблемами кишечника, которые продолжают нарастать.

23 августа 1922

Пациент спал хорошо, без головной боли. Желудок не действует, поставлена клизма, которая хорошо подействовала. Было часовое свидание со Сталиным. Настроение ровное и спокойное, голова не болела весь день и заболела только после ужина.

24 августа 1922

Пациент спал очень хорошо, встал в хорошем настроении. Пришлось поставить клизму, нелады с кишечником очень его расстраивают и беспокоят, и если бы не это, то чувствовал бы себя совсем хорошо. Голова не болит, но не совсем свежая. В 12-00 были врачи Ферстер и Крамер, ими был проведен ряд исследований, которые дали прекрасный результат. Правильно вспомнил числа 24, 36, 50 и 68, данные ему 12 августа, и 343, 798, среднее забыл, но указал, что они составляют разницу между этими двумя. Затем в газетной статье подчеркнул все буквы «О» и перечеркнул все «А». Проба с тестами вполне хорошая. Двигательная сфера вполне нормальная. Все рефлексы равномерны, не было ни одного патологи-

ческого. Папаверин отменили, оставили люминал 0,05 утром и 0,1 вечером, 3 раза в день по чайной ложке слабительной соли, натошак стакан холодной воды и через полчаса свежее яблоко. Разрешено читать московские газеты и гулять два раза в день, свидания по часу, чтение научных книг по тридцать минут в день. Сделали компресс на ночь.

25 августа 1922

Пациент спал ночью очень хорошо. Голова не болела, но не свежая. Его волнуют нелады с кишечником, язык умеренно обложен, живот порядочно вздут, дано на ночь 15,0 натрия бромиди.

26 августа 1922

Сегодня опять нелады с кишечником, живот вздут, поставлена клизма. Были врачи Ферстер и Крамер. Также был психолог А.П. Нечаев, который сделал психологическое исследование по своему методу. Выявлено, что воображение и воспроизведение слов у пациента ниже нормы. Длительность исследования один час и десять минут. Пациент отнесся весьма скептически к проведенному исследованию. Голова весь день не болела. Живот вздут, язык обложен, сделан согревающий компресс.

Нечаев Александр Петрович, 1870–1948, психолог, доктор педагогических наук, профессор Московского государственного психоневрологического института, с 1922 года его директор. С 1926 до 1935 года персональный пенсионер. В 1935 году осужден за контрреволюционную агитацию, выслан в Казахстан.

27 августа 1922

Выявлена небольшая вздутость в области нисходящей, а вечером и восходящей кишки, сделан компресс. Язык обложен. Читал газеты, был Каменев более одного часа. В обед было мимолетное ощущение головокружения, вид бледнее, чем обычно.

28 августа 1922

Сегодня пациент спал хорошо. Настроение хорошее, голова не болит. Завтракал и обедал с умеренным аппетитом. Вид утомленный, говорит, что клонит ко сну. Были профессор Ферстер и профессор Крамер. У пациента опять газы в кишечнике, сделан компресс. Вид у пациента утомленный. За четыре дня прочел двести страниц.

29 августа 1922

Пациенту был дан фенацетин, после которого головная боль прошла, сделан компресс.

30 августа 1922

Пациент спал хорошо, встал бодрым и энергичным. Завтракал с лучшим аппетитом. Язык менее обложен, голова совершенно свежая. Утром было свидание со Сталиным. Владимир Ильич откладывает книги для чтения. По краям языка обнаружена красная полоса. Живот менее вздут. После обеда были Ферстер, Крамер и Нечаев. Последний исследовал память. На ночь дан фенацетин.

31 августа 1922

Сегодня был дан фенацетин, компресс не ставили.

Комментарий. Август можно обозначить как спокойный месяц. Несмотря на токсическое действие мышьяка на нервную систему пациента, давшее 4 августа яркую картину ПНМК и приведшее к решению врачей прекратить курс, проведенная терапия все-таки привела к некоторому улучшению в состоянии.

1 сентября 1922

Спал Владимир Ильич очень хорошо проснулся бодрым, голова не болит, свежая. Кишечник подействовал очень хорошо, живот не вздут. Язык значительно менее обложен. Аппетит за завтраком хороший. Утром Владимир Ильич читал газету, в 11-30 приехали Крамер и Ферстер. Во время визитации Владимир Ильич очень бодр, теперь не сомневается в том, что здоровье восстанавливается вполне, начинает пугать мысль о том, что еще целый месяц нельзя будет приступить к обычным занятиям. Прогулки разрешено постепенно увеличивать. При желании, в хорошую погоду Владимир Ильич может прокатиться в экипаже. После визитации Владимир Ильич гулял один час тридцать минут, затем обедал и после этого лежал два часа. В 17-00 у Владимира Ильича был Мануильский. После этого Владимир Ильич опять гулял один час. Вечером читал книги и французские журналы. В 21-00 общая ванна температурой 27,5 градусов и длительностью 15 минут. Перед ванной температура 36,2, весь день голова не болела. Самочувствие очень хорошее. Аппетит значительно лучше, голова свежая, читается гораздо легче, при чтении усталости нет и чтение гораздо продуктивнее.

2 сентября 1922

Сегодня больному был дан фенацетин. Владимир Ильич катался на экипаже двадцать верст. Была слабость в ноге во время прогулки около тринадцати минут. У него немного побаливает голова. Остальное Status idem.

3 сентября 1922

В этот день фотографы делали снимки в саду, в экипаже, комнате с детьми.

4 сентября 1922

На странице 84 дневника указано, что в этот день были врачи Ферстер и Крамер, была сделана 0,1 инъекции..... [тут пропуск, ничего не написано, места 4-5 печатных знаков, примечание автора]. Лежал 2 часа до обеда и 2 часа после обеда, живот вздут, кишечник не действовал, вечером неприятное ощущение в левом виске.

Комментарий. В этот день врачами, вероятно, возобновлено введение аресенобензольных препаратов. Несмотря на то, что указание на препарат отсутствует, можно сказать с большой уверенностью, что, судя по тому, что 6 сентября он все-таки будет указан; очередность, дозировка и необходимость длительного нахождения пациента в покое после введения препарата, все указывает, что это так. Дозировка в силу настороженности врачей снижена до 0,1 грамма, также сделан перерыв в курсах ровно один месяц, так как врачи остерегаются повторения события, которое произошло 4 августа 1922.

5 сентября 1922

День без особенностей. Язык у пациента обложен. Десну смазали йодом. Был Калинин, Владимир Ильич утомлен и зевает.

6 сентября 1922

*Сегодня были профессора Крамер и Ферстер. Владимир Ильич к ним бегом бежал. Сделали инъекцию **0,1 ars**, после которой сразу появилось чувство жара в лице и легкая гиперемия. На голову сделан холодный компресс, явления скоро прошли. Пациент разволновался, в правой ноге было чувство, что он отсидел ногу и 2-3 подергивания длительностью несколько секунд. Во время разговора с Хинчуком рассказывал, что еще утром тоже было в правой ноге (чувство холода).*

Комментарий. Из Германии вернулся профессор Ферстер. Опять видна временная связь гиперемии с введением лекарственного средства, ситуация аналогична 31 июля 1922 года, когда она стала грозным предвестником паралича от 4 августа 1922 года. Как итог, врачи прерывают курс, введя только 0,2 грамма арсенобензолного препарата, что явно недостаточно для препарата, имеющего определенное терапевтическое окно.

7 сентября 1922

День без особенностей, голова болела, но пациент обошелся без порошка и компресса, кишечник действовал три раза.

8 сентября 1922

Пациент плохо спал, в 4-00 ночи принял порошок фенацетина с кофеином и две таблетки сомнацетина. Утром

проснулся в 11-00. Были врачи Ферстер и Крамер. Опять была слабость в ноге, после прогулки вечером было чувство «змейки», но слабее, чем предыдущие разы. Больному сделана ванна.

9 сентября 1922

Владимир Ильич вялый и апатичный. Нет действия кишечника. Дан порошок, сделана ванна. Занятия идут плохо.

10–11 сентября 1922

У пациента изжога, делалась сидячая ванна. Голова почти не болит, Владимир Ильич сравнивает свое состояние с 1894 годом, когда также были проблемы с кишечником и бессонница, когда сидел в тюрьме. Были врачи Ферстер и Крамер.

12 сентября 1922

Сегодня Владимир Ильич гулял по совету Ф.А. Гетье, который нашел его поправившимся вчера. Было свидание со Сталиным. Дан слабительный порошок.

Комментарий. Впервые отмечается избыточный вес пациента. Для пациентов с прогрессивным параличом был характерен набор веса, с последующим похуданием.

13 сентября 1922

Была изжога, принял соду, сделан компресс на живот. Ульянов упоминает, что подобные состояния были у него два раза в жизни, в Лозанне и в ссылке. Сделана ванна. Живот вздут, к вечеру разболелась голова.

14 сентября 1922

*Сегодня пациент проснулся без головной боли, но голова не свежая. Принял ванну, сделана клизма, 15 грамм **Natri Sulfuric** [нечетко написано рукой] и согревающий компресс на ночь.*

Справка. Natrium sulfuricum — серно-кислый натрий или глауберова соль. Применялась в те годы как слабительное средство, 15–30 грамм на прием. Группа солевых слабительных в те годы включала значительное количество препаратов — **Magnesium sulfuricum**, **Magnesia usta**, **Quellesalz** и т.д.

15 сентября 1922

У пациента в этот день были припадки в 12-30, 13-10, 15-10 в ноге, были врачи Ферстер и Крамер, которые ничего не нашли.

16 сентября 1922

Сегодня была изжога, сделана сидячая ванная.

17 сентября 1922

Спал Владимир Ильич с 23-00 до 7-00, но встал в хорошем настроении, без головной боли и бодрым. Принял сидячую ванну. Убрано по этическим предложениям одно предложение. Слабительного не принимал. Завтракал без особенного аппетита. Читал газету. Гулял один час перед обедом, после обеда два часа лежал, а потом снова гулял один час. Утром были Ферстер и Крамер. Весь день изжоги не было. Голова не болела. Аппетит средний.

18 сентября 1922

Сегодня были доктор Ферстер и доктор Крамер. У пациента мимолетное чувство слабости в правой ноге во время лежания.

19 сентября 1922

Сегодня было длительное свидание со Сталиным.

20 сентября 1922

Был Бухарин. Пациенту сделана клизма и слабительный порошок.

21–22 сентября 1922

Status idem.

23 сентября 1922

Был доктор Василий Васильевич Крамер. Отменили слабительное **magnesium-perhydrol** [написано нечетко рукой] и заменили его на лакричный порошок.

Справка. **Magnesium-perhydrol** — препарат фирмы E. Merck магнезии пергидроль. Пергидроль — обозначал 30% водный раствор H_2O_2 , в те годы выпускали фармацевтические фирмы Merck и Katharol,

24 сентября 1922

Status idem. Был Пятаков.

25 сентября 1922

Чувствует себя нормально. Был Сокольников.

26 сентября 1922

Приезжал Сталин.

28 сентября 1922

Был Орджоникидзе.

29 сентября 1922

Сегодня были представители Грузии и Армении.

30 сентября 1922

Состояние пациента без изменения.

Комментарий. Вторая половина сентября 1922 года характеризуется в дневнике минимумом медицинских данных. Состояние пациента можно описать как стабильное, существенных изменений нет, приступы псевдопаралича продолжают. В дневнике указаны ежедневные посещения, что говорит о полной или почти полной сохранности профессионального интеллекта у пациента. Также продолжают головные боли, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, для нормализации которого делаются клизмы, ставятся компрессы на живот, применяются слабительные средства. Делаются ванны.

Справка. Л.С. Минор рекомендует: «очень хорошо действуют более прохладные водолечебные меры, например, полуванны....».

3 октября 1922

Сегодня Владимир Ильич бодрый и веселый. Беспокоит зуб, флюс справа. Были врачи Крамер и Кожевников в 9-30. Председательствование в Совете народных комиссаров не утомило, чувствует себя хорошо. Язык обложен, живот вздут, приступов паралича не было. Аппетит удовлетворительный, изредка бывает изжога.

10 октября 1922

Были врачи Кожевников и Крамер. У пациента сильный флюс, почти не спал. Из-за боли разошлись нервы. Изредка болит голова, не утомляется. Предложен бром. Есть желание плакать, слезы готовы брызнуть из глаз, но не плакал ни разу сегодня Председательствование было легче, ошибок не делал. Живот вздут, язык обложен. Предложено принимать бром, пока не пройдут нервы. У пациента иногда изжога.

Комментарий. Желание плакать — признак слабодушия у таких пациентов.

Справка. А вот как описан этот день в публикации 1991 года в 9 номере журнала «Вопросы истории КПСС»: «Доктор Кожевников и профессор Крамер опять посетили Владимира Ильича после заседания. У Владимира Ильича был сильный флюс, который очень его беспокоил, и три ночи он почти совершенно не спал из-за боли. Теперь зуб почти прошел, но благодаря бывшей болезни нервы несколько разошлись, и временами появляется желание плакать, слезы готовы брызнуть из глаз, но Владимиру Ильичу все же удается это подавить, не плакал ни разу. Сегодня председательствовать ему было легче. Ошибок он не делал. Вообще работой себя не утомляет. Изредка немного болит голова, но быстро проходит. Иногда

бывает изжога. Сон после того, как прошел зуб, снова хороший».

15 октября 1922

В.И. Ульянов бодр, но желание плакать бывает. Параличей не было, отменен бром и уголь. Назначено принимать общие ванны три раза в неделю.

24 октября 1922

После заседания Совнаркома у пациента были врачи В.В. Крамер и А.М. Кожевников. Голова у пациента не болит, компресса ни разу не делал и не принимал фенацетин. Настроение лучше, но живот вздут.

31 октября 1922

Владимир Ильич сегодня в ВЦИКе говорил сильно, громко. Был спокоен, не сбился, речь прекрасно построена, никаких ошибок. После этого разговаривал с разными лицами, фотографировался. Начал принимать два раза сомнацетин по две таблетки. Чувствует себя хорошо, но все-таки легко устает.

Справка. За октябрь 1922 года в дневнике отсутствуют 1–2, 4–9, 11–14, 16–23, 25–30 октября, есть только на пять описанных дней 3, 10, 15, 25, 31 октября, что связано с тем, что В.И. Ульянов приступил к политической жизни. Вот как это описано в биохронике: «Ленин возвращается из Горок в Москву и приступает к работе. Секретарь СНК Л.А. Фотиева писала в своих воспоминаниях, что рабочий день Ленина в этот период распределялся следующим образом: он обычно приходил в рабочий кабинет

в 9 час. 30 мин. и прочитывал все газеты; в 10 час. 45 мин. вызывал секретаря для доклада о полученных бумагах, назначал приемы, давал поручения, с 11 час. начиналась интенсивная работа: приемы, разговоры по телефону, совещания, заседания и пр.; в 14 час. Ленин уходил домой, унося с собой папки с бумагами; в 18 час. возвращался в рабочий кабинет с множеством устных или написанных на листочках блокнота поручений секретарям; по вечерам — снова приемы, заседания СНК и СТО и т. д.; уходил домой Владимир Ильич обычно в 20 час. или позже. Ленин председательствует (с 17 час.) на заседании СНК. Как вспоминала Л.А. Фотиева, «заседание было многолюдным, присутствовало 54 человека. Пришли не только члены Совнаркома и их заместители, но все, кто имел хотя бы отдаленное право присутствовать на заседании СНК. Каждому хотелось поскорее и поближе увидеть дорогого Ильича. Товарищи предполагали сделать это заседание особенно торжественным. Пригласили фотографа, заготовили приветственные речи. Но все вышло иначе. Владимир Ильич как-то незаметно вошел в зал из своего кабинета, сел на председательское место, открыл заседание и приступил к деловому обсуждению повестки, не дав никому произнести речей. Владимир Ильич согласился только сфотографироваться вместе со всеми, и то лишь после окончания работы». О 3 октября так написано «Ленин выступает с сообщением о порядке внесения вопросов на повестку дня заседаний СНК. На заседании обсуждаются также вопросы: о кодификационной работе; о фонде заработной платы на октябрь 1922 г.; об освобождении И.И. Радченко от работы в Наркомвнешторге; об изменении пунктов 6 и 14 «Нормального договора о лесных концессиях для акционерных обществ с участием в них Республики»; проект закона

о местном бюджете; о дополнении к пункту 5 декрета СНК от 4 апреля 1922 г. об обращении золота, серебра, платины, драгоценных камней и иностранной валюты; сообщения: о подписании 23 сентября 1922 г. соглашения о сплаве лесного материала по водным системам, простирающимся от территории Финляндии на территорию РСФСР и наоборот; о подписании 30 сентября 1922 г. постановления СНК о производстве однодневной переписи служащих в Москве; об утверждении 21 сентября 1922 г. постановления ВЦИК и СНК о филателии; об утверждении 25 сентября 1922 г. постановления ВЦИК и СНК об организации Управления рыбным хозяйством РСФСР и приложения к нему — списка промыслов Волго-Каспийского района, находящихся в монопольной эксплуатации государственной рыбной промышленности. После заседания Ленин вместе с участниками заседания СНК фотографируется. Ленина после заседания СНК (в 21 час 30 мин.) посещают проф. В.В. Крамер и врач А.М. Кожевников, которые отметили его «бодрый и веселый» вид и хорошее самочувствие».

Комментарий. Возвращение к политической жизни явная ошибка — больным с прогрессивным параличом (как в прочем, и с табесом и люэсом мозга) не показаны никакие нагрузки, любое волнение или переутомление приводило к печальным результатам. Последствия такого решения, кто бы его не принимал, мы ожидаем увидеть уже в ноябре. Сошлюсь на мнение профессора **Л.С. Минора**: «Больной должен быть немедленно удален от дела; служащий должен взять длительный отпуск и уехать в деревню, для полного умственного и физического покоя или должен быть помещен в санаторий». Там же: «Психика больного сифилисом субъекта должна быть тщательно оберегаема во всю его жизнь».

5 ноября 1922

У пациента утром был приступ клонических судорог и паралича. Сел на одну минуту на кушетку, после этого было чувство похолодания в правой ноге. Тошнило, приступ паралича длился одну минуту. Предписано продолжать люминал.

7 ноября 1922

У пациента тимпанит в области тонкого кишечника, последние два дня по утрам болит голова, похолодания в ноге продолжают, но паралича не было. Предложено сделать согревающий компресс и перейти на строгую диету.

Справка. Тимпанит — барабанный звук при перкуссии в абдоминальной области, обусловленный переполненным газами кишечником.

13 ноября 1922

Владимир Ильич выступал на пленуме Конгресса Коминтерна и сказал на немецком языке часовую речь. Говорил свободно, без запинок, не сбивался. Речь имела огромный успех. Во время речи, Владимир Ильич мне сказал, что в одном месте он забыл, что он уже говорил, что ему еще нужно сказать и спросил меня, заметил ли я это. Я совершенно искренне ответил, что я этого не заметил. Затем Владимир Ильич сообщил, что у него одиннадцатого ноября был опять коротенький паралич в правой ноге. Кишечник наладился, но без слабительного все-таки не может обходиться. Настроение в общем хорошее, спрашивал мое мнение, сможет ли он выступить на съезде Советов с большой двухчасовой программной речью. Я ответил утвердительно.

Комментарий. В данной отрывке текста В.И. Ульянов обращается к доктору Алексею Михайловичу Кожевникову.

20 ноября 1922

*В этот день были врачи В.В. Крамер и А.М. Кожевников. Владимир Ильич сообщил им, что 18 ноября у него был паралич ноги, 19 ноября, когда он много ходил в лесу, также был паралич. Принял фенацетин и два сомнацетина. Назначен порошок **КаBr 0,6, NaBr 0,75, As 0,0004** [написано рукой] по одному порошку после обеда.*

Комментарий. Порошок включает мышьяк. Несмотря на то, что сегодня принято обозначение арсеникума как As, упоминание в дневнике от 25 ноября слова мышьяк, подтверждает, что это он.

25 ноября 1922

Когда Владимир Ильич вышел из уборной и шел по коридору вдруг в правой ноге появились клонические судороги и нога ослабла. Владимир Ильич ухватился за стоящее высокое зеркало, но зеркало начало качаться и боясь его падения Владимир Ильич его отпустил и упал на пол. Рука действовала в то время хорошо. Все время хорошо говорил, когда хотели помочь встать, то женщины (мужчин никого не было) не могли это сделать и Владимир Ильич сказал, что встанет сам и действительно встал. Пролежал он, по его мнению, минуты полторы. Встав с пола Владимир Ильич дошел до своей комнаты и лег. Всё это произошло в 10-00 часов. Порошки брома с мышьяком отменены, возобновлен прием от трех до шести пилюль йодфортана и от шести до трех и т.д.

Комментарий. Таким образом, с 20 ноября по момент отмены 25 ноября 1922 года было дано, исходя из логики изложения дневника лечащих врачей, шесть порошков с мышьяком. Паралич правой ноги послужил причиной отмены лечащими врачами комбинированного препарата, включающего мышьяк. Как мы сегодня знаем, мышьяк, даже в очень незначительных количествах вызывает токсические эффекты на ЦНС человека.

Справка. **Йодфортан** (jodfortan) — торговое название йодистого кальция в сочетании с мочевиной. Кальций препятствует явлению йодизма. Использовался препарат по схеме от 3 пилюль и каждый день было повышение на одну пилюлю и так до шести пилюль в сутки, а потом в обратном порядке до трех.

27 ноября 1922

*У Владимира Ильича в этот день было несколько припадков утром, первый в 10-00, полный паралич ноги, в 12-00 ноги и руки, речь не страдала, произносил в полголоса для проверки слова и ему это удавалось. Накануне несколько приступов мимолетной слабости, несвежая, тяжелая голова. Временами стреляющие боли в левой половине лба. На правом виске акне, **йодизм** [доктор, ответственный за ведение дневника А.М. Кожевников пишет рукой, исправляя текст машинистки, которая напечатала «падизм»]. У пациента скверный вкус во рту. Подавлен, цвет лица землистый. Люминал увеличен с 0,15 до 0,2 в день.*

Комментарий. Монография «Сифилис нервной системы» от 1927 года под ред. **А.И. Абрикосова** с соавторами обращает внимание: «Противопоказанием к назначению йода являются рано развивающиеся и резкие явления йодтоксикоза в форме поражения слизистых и кожи;

в некоторых случаях означенные явления вызываются уже небольшими дозами йода вследствие идиосинкразии. В некоторых случаях под влиянием назначения йода развивается гипертиреозидизм, даже в тех случаях, когда прежде не было никаких симптомов струмы или базедовой болезни. Таким образом необходимо в начале назначения йода следить за пульсом у больного и, если начинает развиваться тахикардия, дрожание или сильное падение в весе, тотчас прекратить».

Справка. Йодизм — термин, обозначающий побочные эффекты от применения препаратов йода. В данном случае побочный эффект от приема йода проявился, по мнению А.М. Кожевникова, в форме акне.

29 ноября 1922

В этот день звонила Мария Ильинична и сообщила, что вчерашний день прошел благополучно.

30 ноября 1922

Вчерашний день прошел благополучно.

Комментарий. В дневнике полностью отсутствуют дни 1–4, 6, 8–12, 14–19, 21–24, 26, 28 ноября 1922 года. За заполненные в дневнике дни отмечено пять параличей и множество клонических судорог. Болезнь начала прогрессировать, даже небольшие количества мышьяка в порошке продолжают оказывать токсическое действие на центральную нервную систему пациента. Таким образом, действие арсеникума негативно влияет на мозг и его сосуды у пациента, врачи не могут выйти на терапевтические дозы препарата. Также плохое действие на организм В.И. Ульянова оказывают препараты и на основе йода.

Но другого пути, кроме как использовать именно те препараты, к основным действующим веществам которых у пациента плохая переносимость, у лечащих врачей нет.

Далее в дневнике три пропущенных дня. Вот, что сообщает **биохроника** В.И. Ульянова за 2 декабря 1922: *«Ленина утром посещает врач, советует в два месяца раз или два уезжать на несколько дней на отдых».*

4 декабря 1922

У пациента бывают небольшие параличи, голова не свежая, цвет лица землистый, рефлексy равномерны, патологических рефлексов нет. Сам Владимир Ильич говорит, что стал утомляться. При объект. исследовании заметных расстройств движений не наблюдается. Было предложено уехать на несколько дней в Горки. Уговорили.

Справка: Биохроника от 4 декабря: *«Ленин беседует с лечащими врачами А.М. Кожевниковым и проф. В.В. Крамером, уточняет режим своего труда и отдыха; уступая требованиям врачей, дает согласие уехать на несколько дней на отдых в Горки после заседания Политбюро ЦК РКП(б) 7 декабря 1922 г., на котором он хотел обязательно присутствовать».*

6 декабря 1922

Мария Ильинична звонила, что вышел весь йодфортан. Предложено принимать **sajodin** [подписано рукой] по 0,5 три раза.

Справка. Из истории фармакологии «**Sajodin**» — йод-бегеновокислый кальций, 25%J и 4%Ca — весьма рекомендуемый препарат в те годы.

7 декабря 1922

«Мне [подписано рукой] звонил Владимир Ильич, просил нельзя ли ему принимать больше трех таб. SAJODINa [подписано рукой], так как последнее дни у него ежедневно бывают параличи, но я предложил остаться на трех таблетках».

Комментарий. Доктор А.М. Кожевников не хочет увеличивать дозировку, так как на любом препарате йода, даже содержащем кальций, увеличение приема препарата данным пациентом может принести больше вреда, чем пользы. Пациенту рекомендовано принимать подобранную врачами терапевтическую дозировку йода.

12 декабря 1922

Мне Звонила Мария Ильинична и сообщила, что они вернулись из Горок. Владимир Ильич чувствует себя неважно. В деревне припадки бывали ежедневно. Мария Ильинична просила приехать на следующий день.

Комментарий. Сестра В.И. Ульянова пишет, что с 5 по 12 каждый день были параличи. Т.е. клиническая картина начинает ухудшаться, патологический процесс начинает прогрессировать. Ожидаем, коллеги, ярких клинических проявлений у пациента на фоне повышенной чувствительности к препаратам йода и токсическому действию мышьяка на мозг пациента.

13 декабря 1922

В этот день были врачи Кожевников и Крамер. Вид у Владимира Ильича неважный, параличи бывают ежедневно. Сегодня было два паралича (один в кровати и в сидячей ванне), второй захватил не только ногу, но и руку. Мелкие

движения совершает неловко. Патологических рефлексов нет, рефлексy живые. Предложено отказаться от работы, не гулять и больше лежать. Пациент расстроен.

Комментарий. Вот, что сообщает биохроника об этом дне: «У Ленина утром приступ болезни; в 11 час. его осматривают врач А.М. Кожевников и проф. В.В. Крамер, которым с большим трудом удалось уговорить его не выступать ни в каких заседаниях и на время совершенно отказаться от работы». «В ночь с 15 на 16 резкое ухудшение в состоянии здоровья Ленина».

16 декабря 1922

Состояние ухудшилось. Вчера весь день было чувство тяжести в правых конечностях. Мелкие движения правой рукой выполнять почти не может. Пробовал писать, но с очень большим трудом написал письмо, которое секретарша разобрать не могла и Владимиру Ильичу пришлось его продиктовать. Вид у Владимира Ильича плохой, утомленный. Владимир Ильич сообщил, что ночью около часа у него случился паралич правых конечностей, который продолжался 35 минут. Ни рука, ни нога совершенно не могли произвести ни одного движения. Речь не затронута. Затем движения стали восстанавливаться. При объективном исследовании зрачки неравномерны, на свет реагируют удовлетворительно. Правый лицевой нерв несколько хуже, чем левый. Язык не отклоняется, в правых конечностях значительное ослабление силы и некоторое нарушение координации. Движения все возможны, но они совершаются медленно и неуклюже. Быстрые движения пальцев, быстрое сгибание и разгибание, приведение и отведение кисти, пронация и супинация совершенно не удаются. В этих движениях с одной стороны атактичность, с дру-

гой стороны значительный элемент апраксии. Попадать кончиком пальца в кончик носа не удается, причем палец всегда отклоняется влево от носа. В нижних конечностях отмечаются все те же явления, что и в руке. Быстрое сгибание и разгибание стопы, приведение и отведение не удаются. Как в руке, так и в ноге, в дистальных отделах расстройство сильнее, чем в проксиимальных. Писать Владимир Ильич может только медленно, причем буквы мелкие, лезут одна на другую. Рефлексы справа живее, чем слева, но никаких патологических рефлексов вызвать не удалось. Чувствительность по-видимому не нарушена, ни поверхностная, ни глубокая. Речь не расстроена. Счет производит быстро и без ошибок. Вообще психические функции выполняются хорошо. Предложено лечь в кровать. Более легкая диета. **Йодфортан** [написано рукой] по 6 таблеток в день. Инъекции Serum Trunecsek, в 18-30 сделано первое впрыскивание. Компресс на голову, на ночь на живот».

Справка. Больному начали вливания препарата Serum Trunecsek, **сыворотка Трунечека**. Ее вводили подкожно или внутримышечно по 2–10 куб. см.

Rp. Natri sulfuric. 0,044
Natri Chlorat. 0,492
Natri prosphoric. 0,015
Natri carbonic. 0,021
Kali sulfuric. 0,040
Aq. Destilat. Ad 100,0 Steril.
MDS. По 1 шприцу в день.

Данный препарат использовали с целью профилактики «изнашивания нервной системы» (мнение Л.С. Милора).

Комментарий. Исходя из состава сыворотки, минимально значимого влияния на патогенез болезни у пациента, данные инъекции оказать не могли. Кроме того, этот состав, которому в те годы придавали некие мистические свойства, не имел какого-либо, по мнению автора, патофизиологического обоснования, особенно в части данного заболевания. Препарат остался только в истории фармакологии.

У пациента опять отмечена микрография.

17 декабря 1922

Сделано второе впрыскивание Triпесек. Динамометр справа 40, слева 80 делений. Пациент начал нервничать, к вечеру дан бром.

18 декабря 1922

*У Пациента черепные нервы в норме, патологических рефлексов нет. Рефлексы справа сильнее. Сила мышц хорошая, такое впечатление, что, когда вызывается сокращение какой-либо мышцы, **антагонисты** [подписано рукой] ее недостаточно расслабляют.*

Комментарий. Нарушение согласованности мышц-агонистов и мышц-антагонистов говорит об сенситивной атаксии, как следствие нарушения проведения афферентных сигналов, что характерно при поражении стволовых структур при табесе.

19 декабря 1922

У Владимира Ильича температура 37 градусов. Сегодня обследовал доктор Ф.А. Гетье: ясный левосторонний Оп-

пенгейм, более ничего не выявил. В моче белок 0,03, 1–2 гиелиновых цилиндра в каждом препарате. Назначено — 0,4 диуретин, кофеин 0,2, натрия бромид.

Справка. Диуретин (Diuretinum) — Theobrominum patrio-salicylicum. Использовано как мочегонное средство. Высший одноразовый прием для взрослых 1,0, суточный 6,0 (Государственная фармакопея СССР, 7 издание, 1925 год).

Пример прописи:

Rp. Diuretini 0,4

Dtd. № 10

S. По 1 порошку 3 р. в день, запивая молоком

20 декабря 1922

Сегодня были врачи Ферстер, Крамер и Кожевников. В 12-30 радушно принял Ферстера. Правый нижний faciалис немного хуже левого. Язык не отклоняется, рефлексy справа сильнее, чем слева. Слева есть Оппенгейм. Справа клонус стопы, слева также клонус, но менее выражен.

Справка. Под нижним faciалисом имеется ввиду нижняя веточка седьмой пары черепномозговых нервов.

21 декабря 1922

Движения ноги, по мнению Владимира Ильича, ухудшились. Взята кровь на мочевины и хлориды и **РВ** [подписано рукой]. Сделаны мазки для лейкоцитарной формулы.

22 декабря 1922

Пациент начал нервничать к вечеру, дали брома. Рефлексy справа резко повышены.

23 декабря 1922

В этот день у больного был паралич.

Получен анализ крови

Мочевина 0,014% N 0,03%

хлориды 0,568% (норма)

Лейкоцитарная формула

нейтрофилов 63%

лимфоцитов 24%

переходные 12%

эозинофилов 1%

лейкоцитоза нет.

Анализ на РВ — безусловно отрицательный.

Справка. Биохроника сообщает: *«Декабрь, в ночь с 22 на 23 дальнейшее ухудшение в состоянии здоровья Ленина: наступает паралич правой руки и правой ноги».*

Комментарий. Минор Л.С. пишет в своей «Краткой терапии нервных болезней». *«Отрицательное выпадение Wassermann'овской реакции тоже не может служить гарантией, так как она у многих сифилитиков то исчезает, то появляется».* Действительно, все врачи того времени прекрасно понимали низкую диагностическую ценность данной реакции, которая могла быть положительной не только при других спирохетозах, но и при ряде других заболеваний. И наоборот, могла быть отрицательной при люэсе. Клиническая же картина, однозначно, ухудшается.

24 декабря 1922

Было головокружение с тошнотой по две минуты. При этом жалуется на затруднение дыхания. Подергивания в правом бедре и правой половине живота. Пациенту была поставлена клизма. Сегодня Ферстер, Крамер и Кожевников были у Сталина, Каменева и Бухарина.

После длительного совещания постановлено:

1. Владимиру Ильичу предоставляется право диктовать ежедневно 5–10 минут, но это не должно носить характера переписки. Владимир Ильич не должен ожидать ответа. Свидания запрещаются. 2. Ни друзья, ни домашние не должны сообщать Владимиру Ильичу ничего из политической жизни, чтобы этим не давать материала для размышлений и волнений.

25 декабря 1922

Ночью у больного были подергивания правой ноги, мышцы живота справа при кашле напрягаются хуже. Когда начинается зябнуть, в брюшных мышцах появляются подергивания. После того как нога некоторое время остается открытой, в четырехглавой мышце появляются энергичные подергивания. Температура 37 градусов, сделана фарадизация предплечья и кисти. Кишечник подействовал.

Справка. Мнение профессора Л.С. Минора: «Против расстройств чувствительности полезна общая фарадизация мягкой кистью по всем анестезированным местам..... Сеансы по 5–10 минут, через день, ток нисходящий, 5–6 миллиамперов».

26 декабря 1922

У Владимира Ильича продолжают подергивания ноги. Жалуется на отвратительный вкус во рту йод [подписано рукой]. В правой ноге, если ее открыть, начинаются подергивания, она более холодная (по сравнению с левой). Назначено по две таблетки бромурала на ночь. Глубокая чувствительность справа значительно хуже.

Отмечено понижение тактильной чувствительности в правой ноге.

Справка. Бромурал — бромизовалерианил-мочевина, кристаллический порошок горьковатого вкуса со слабым запахом. Оказывает успокаивающее и снотворное действие. Назначали его по 0,3–0,6 грамма 1–2 раза в сутки как успокаивающее, как снотворное по 0,6–0,75 г на прием, высшая доза для взрослых — разовая 1 грамм, до 2 грамм в сутки.

27 декабря 1922

У пациента состояние без изменений. Температура тела 36,5 градусов. На ночь принял лепешку бромурала.

28 декабря 1922

*Мнение Авербаха — никаких изменений в глазах нет и разницы между глазным дном в данное время и раньше нет. Пациент жалуется на неопределенные ощущения справа, не то зубы мешают, не то он их чувствует. На ночь принял снотворное **adalini** [подписано рукой].*

Справка. Из истории фармакологии **Адалин** (adalin) — галоидопроизводное, содержащее бром. Как успокаивающее принимали по 0,2–0,5, как снотворное по 1,0–1,5, для ускорения действия давалось в горячем питье. Выбор ряда снотворных, содержащих галоиды, на тот момент был очень широк — абасин, нейронал, торамин, волунтал, алейдрин, урал, дормиол, хролетон и т.д.

29 декабря 1922

В этот день у пациента неприятное ощущение в зубах вроде зуда. Язык обложен, живот вздут. Движения в руке

медленнее, чем вчера. Точно локализовать раздражения не может. Не может определить выше голени, когда его трогали на правой или левой ноге. На бедре различает. Пациент вял, ему сделана клизма.

Комментарий. Здесь речь, также, как и 26 декабря, о нарушении сенсорной афферентации проприорецептивной чувствительности, что характерно для табеса.

30 декабря 1922

Сегодня у Владимира Ильича чрезвычайно нервное состояние. Пациент принял адалин.

Справка. Это день создания СССР. В этот день В.И. Ульянов избирается почетным председателем открывшегося I Всесоюзного съезда Советов, провозгласившего создание Союза Советских Социалистических Республик. Съезд посылает приветствие В.И. Ульянову, он избирается членом ЦИК СССР первого созыва.

Комментарий. Тяжесть ситуации даже не позволяет обсуждать хоть какую-либо возможность присутствия пациента на съезде.

31 декабря 1922

Сделан повторный анализ мочи. Белка стало меньше, чем 0,03%, единичные гиалиновые цилиндры, в остальном без изменений. Был стоматолог, болит другой зуб (не тот, который болел осенью). Сделана клизма. Настроение у пациента скверное, его он приписывает адалину.

Справка. Личным стоматологом пациента был В.С. Юделович.

Юделович Василий Самойлович, стоматолог В.И. Ульянова. Даты рождения и смерти не найдены. Последнее упоминание о нем касается весны 1924, когда он сделал доклад на одонтологическом обществе.

1 января 1923

Сегодня у пациента нет патологических рефлексов Оппенгейма, Бабинского, Россолимо, Бехтерева-Менделя. Рефлексы сильные. Не мог заснуть, принял одну таблетку бромурала, но заснул только в 4-00 утра. Спал до 11-00. В этот день делали электризацию, как и вчера, но она была менее болезненна. На ночь принял бромурал.

2 января 1923

Сегодня делали электризацию, была болезненность. Отмечена ригидность в четырехглавой мышце при пассивных движениях, боль в двуглавой мышце плеча. Сделана клизма.

3 января 1923

*Ильич принял фенацетин. Живот сильно вздут. Сделана клизма. Сегодня был стоматолог. Проводили электризацию. Назначено *inf*..... [название раствора написано неразборчиво], принять в два приема 90,0. Сильное урчание в животе, поэтому не мог заснуть, сделана клизма.*

4 января 1923

Пациент не мог заснуть из-за урчания до 6-00, после трех капель тинктуры опия [подписано рукой] урчание успокоилось. Заснул до 10-30. Сегодня пациент сонлив, язык

обложен, живот вздут. На ночь принял две Захарьинские пилюли [далее пропись на латыни, очень нечетко]. Без снотворных заснул около 23-00.

Справка: Настойка опия (Tinctura opii simplex, t-ra laudani, t-ra thebaica)-прозрачная, темно-бурого цвета, без запаха и вкуса опия. Также существовала шафранная настойка опия. Высший разовый прием для Tinctura opii simplex — 1,0, высший суточный — 3,0 грамм (Государственная фармакопея СССР, 7 издание, 1925 год).

5 января 1922

Пациент проснулся в 3-00 от урчания в животе. Сегодня делали электризацию. Ввиду большого количества газов назначен уголь. На ночь принял две лепешки бромурала.

6 января 1922

Состояние В.И. Ульянова сегодня без изменений.

7 января 1922

Утром больному сделана клизма. На правой ноге, у основания большого пальца, с внутренней стороны опять прыщик [написано рукой] с серозным содержимым, как и было летом. Назначена мазь ртути. На ночь принял две таблетки бромурала, сделан компресс на живот.

8–9 января 1923

Владимир Ильич принимал фенацетин, бромурал, люминал на ночь. Сделаны клизмы. С 9 января люминал дается только на ночь, а утром не дается.

10 января 1923

Пациент проснулся с сильной болью в правой половине лба. Ночью были судороги в правой ноге. Сильные боли по левой подкрыльной линии на уровне 4-5 ребер. судороги клонические в мышцах бедра. Приехал Василий Васильевич Крамер, отметил ригидность мышц, все патологические рефлексы положительные, клонус стопы. Глубокая чувствительность нарушена совершенно. Бабинский, Оппенгейм и намечающийся Россолимо. Клонус стопы. Назначен натрия йод 3,0, синий свет, растирание бока хлороформом с маслом. Бром, кодеин, веронал 0,6 на ночь.

11 января 1923

Status idem. Принял две таблетки бромурала на ночь.

12 января 1923

Состояние пациента без изменений. Решено снотворного не принимать.

13 января 1923

Владимир Ильич принял две таблетки бромурала, принято решение давать 0,6 веронала и возобновить пассивную гимнастику.

14 января 1923

Status idem. Пациенту сделана клизма.

15 января 1923

На ночь Владимир Ильич принял две таблетки бромурала, но глубокого сна не наступило. В полусне Владимир Ильич

был с 24-00 до 4-00, потом совсем не спал. В 10-00 снова заснул и спал до 14-00 часов. Когда мы были у Владимира Ильича в 16-30, настроение хорошее, он спокоен. Язык менее обложен, живот умеренно вздут. Движения в руке, как и вчера, в ноге появились небольшие движения в пальцах. Вечером настроение у Владимира Ильича хорошее. Перед сном подействовал кишечник [далее убрано по этическим соображениям]. Боли в животе не было. Дан веронал 0,6.

Справка. Веронал — диэтил-барбитуровая кислота, снотворное, при его приеме сон наступал быстро и был устойчивым, глубоким, без явлений угнетения кровообращения и дыхания. Выбор препаратов из этой группы был обширен — апонал, парановал, пропонал, медиал, сомнифен, диал, амитал, ноктал и так далее.

16 января 1923

Состояние без изменений.

17 января 1923

Сегодня принял сомнацетин, поставлена клизма, отменили люминал. Отмечена сухость носоглотки и болезненность при сжимании руки в кулак в сухожилиях пальцев.

18 января 1923

*Сегодня у пациента был доктор Свержевский. Отмечено, что носоглотка и гортань в порядке. Назначено: полоскание с тинктурой йода заменить на боржом с 1/2 ложки соды на стакан. Предложена пульверизация носа хлорэтилом по 10 вдуваний три раза в день в каждую ноздрю. **Солюцио натрия йодиди** вновь заменить **йодфортан'ом** [подписано рукой].*

Свержевский Людвиг Иосифович, 1867–1941, отоларинголог, профессор, один из основоположников отечественной оториноларингологии.

19–20 января 1923

В эти дни у пациента продолжают проблемы с кишечником, у него опять головная боль, сонливость, ощущение мления тела, большие справа. Принял фенацетин, поставлена клизма, сделано обтирание. Не очень устал, диктовал по 30 минут.

21 января 1923

Владимир Ильич плохо спит, сам просит бром, так как со сном не налаживается. Считает, что ему дают половинную дозу. Читал, диктовал.

22 января 1923

У пациента разошлись нервы, он плакал, немного читал, у него болел живот.

23 января 1923

Кишечник вздут, сделана клизма. Дан сомнацетин.

24 января 1923, ровно за год до смерти

Спал Владимир Ильич с 23 до 3 часов после двух таблеток сомнацетина. В три часа, в виду головной боли, принял фенацетин и еще две таблетки сомнацетина, но больше заснуть не мог. Голова тяжелая, аппетит за завтраком

плохой. В 11-00 час Владимир Ильич снова заснул и спал до 14-30. Когда мы были у Владимира Ильича, он был еще совершенно сонный. Часто зевал. Исследовано кровяное давление, которое равнялось 125 м.м. При исследовании Готье сердце немного расширено, меньше чем на один сантиметр, на аорте акцент на втором тоне. Со стороны нервной системы явления те же, что и в последние дни. После обеда Владимир Ильич спал один час. К вечеру настроение неважное. Владимир Ильич читал, но не диктовал. Немного разболелась голова.

Комментарий. Не вызывает сомнения, что 125 м.м. указанные в тексте, являются 125 мм.рт ст.

Справка. Акцент на втором тоне на аорте — это симптом Сиротинина-Куковерова.

25 января 1923

Пациент принял 0,6 веронала, пилюли Захарьина. Кишечник не действовал. Дано 80 миллилитров венского питья. Владимир Ильич очень утомлен, его тошнит, много газов. Кишечник не подействовал, решено сделать встречную клизму. Настроение у пациента скверное. Только к 19-00 дело с животом наладилось и боли прекратились.

Справка. Венское питье — слабительное с быстрым действием. Часто использовалась в конце XIX — начале XX века. Представлял собой настой из 2 частей александрийского листа на 12 частей воды, с прибавлением 3 частей сегнетовой соли и 3 частей манной.

26 января 1923

Пациент принял три таблетки сомнацетина и ложку брома. Просил не давать венского питья. Опять мучают

газы, со стороны нервной системы явления те же. Аппетит за обедом не дурной.

27 января 1923

У Владимира Ильича болит голова, принял веронал.

28 января 1923

Пациент принял три таблетки сомнацетина. Боль в левом боку меньше. Написал букву «У». Снова была головная боль.

29 января 1923

Принял веронал, в два часа принял еще бром. От головной боли фенацетин не помог, клизма также не помогла. Поставлена еще клизма, голова перестала болеть.

30 января 1923

Больному поставлена клизма, живот вздут. Дан натрия сульфат 15,0.

31 января 1923

Появились пронация и супинация, флексия и экстензия совершаются быстрее. Пациент принял фенацетин на ночь.

1 февраля 1923

Владимир Ильич принял сомнацетин и 0,3 фенацетина, но не помогло. Назначено 0,5 фенацетина на вечер. Пациент расстроился, что приехала новая медсестра.

2 февраля 1923

Пациент принял веронал. Сегодня движения большим объеме, истоциаемость несколько снижается.

3 февраля 1923

Пациент принял сомнацетин и фенацетин. Были доктора Крамер и Кожевников. Затем пациент принял 0,5 аспирина с йодоформом и молоком. Врач Ферстер приехал в 19-15.

4 февраля 1923

Сегодня пациент принимал веронал. Были врачи Ферстер, Крамер и Кожевников. На три дня назначена молочная диета (молоко, сливочное масло, разварной рис, творог и хлеб). Йод, бром и боржоми отменяются. Еду принимать без соли. Вместо боржома назначена вода с сахаром и лимоном.

Справка. Вот, что сообщает биохроника об этом дне. «Ленина посещает проф. О. Ферстер, положительно отзываясь о состоянии его здоровья, разрешает гимнастику и увеличивает время для диктовки статей. Ленин очень доволен заключением Ферстера. До 10 февраля, когда вновь наступило ухудшение его здоровья, Ленин официально работает 2–2 1/2 часа в день, но, помимо этого, часами обдумывает свои произведения».

5 февраля 1923

Больной в этот день принимал сомнацетин. В 13-15 были врачи Ферстер, Крамер и Кожевников. Вечером пациенту поставлена масляная клизма.

6 февраля 1923

Заснул Владимир Ильич после веронала в первом часу. Проснулся в 6-55 из-за урчания в животе и позывов на низ, но все-таки пришлось сделать водяную клизму, которая хорошо подействовала. После этого Владимир Ильич долго не мог заснуть и заснул только в 10-30 и спал до 13-30. Проснувшись было действие кишечника. Мы были у Владимира Ильича в это время. Он очень недоволен масляной клизмой, так как она ему испортила ночь и утро, и он был лишен возможности утром позаниматься. Владимир Ильич просил масляную клизму отменить, что, конечно, и было исполнено. При объективном исследовании движения в руке еще лучше. Ладонь может положить на голову почти без помощи и потом может сам спустить руку. Движения кисти и пальцев тоже лучше, но сегодня сильнее дрожание кисти. В итоге особенных перемен нет. Настроение у Владимира Ильича нервное, беспокойное, гвоздит мысль, что опять он со сном выбит из колеи и не сможет заниматься и сон разладится. Днем Владимир Ильич не спал. Вечером больше двух часов читал и диктовал. Голова все время свежая, нисколько не устала и не болела. Вечером было еще раз действие кишечника.

Справка. Продолжительность жизни больных с прогрессирующим параличом, по данным того времени, составляла около 2 лет и пяти месяцев. К концу второго года заболевания умирало 45,7% больных. Длительность течения прогрессирующего паралича в значительной мере определялась, с одной стороны, наличием припадков, и с другой — наступлением ремиссии. Авторы учебника «Сифилис нервной системы», 1927 года пишут: «И в настоящее время в любой большой больнице в хронических отделениях можно видеть дементных хроников, у которых десятки лет назад был поставлен диагноз прогрессивного паралича. Конечно во всех этих случаях идет

речь об ошибках диагноза; чаще всего это сифилис мозга, иногда алкогольные и шизофренические заболевания сифилитиков и т.п.». Это свидетельствует о том, что прогрессивный паралич быстро текущее заболевание, о чем свидетельствуют и данные, что к концу 4-го года заболевания остаются в живых лишь 13,7% больных.

Комментарий. Мнение врачей, что у пациента более вероятен васкулярный сифилис головного мозга, чем прогрессивный или табопаралич, что дает шанс на выздоровление пациента. Возможно, у них есть какая-то информация, которая не отражена в дневниках.

7 февраля 1923

Анализ мочи лучше, меньше цилиндров и нет эритроцитов, появился ацетон и ацетуксусная к-та, но белка меньше, чем 0,03 на 1000.

8 февраля 1923

Сегодня больной принимал фенацетин, живот вздут, сделана клизма. Настроение плохое, озаяб, в комнате 11 градусов тепла. Еще два раза принимал порошок фенацетина.

9 февраля 1923

Владимир Ильич принял две лепешки сомнацетина. Говорит, что стал хуже подбирать слова.

10 февраля 1923

Пациент в этот день принял веронал, фенацетин и три сомнацетина.

11 февраля 1923

Сегодня у Владимира Ильича пульс 120, он бледный, у него плохое самочувствие. Движения в руке хуже. Профессор Ферстер случайно проговорился про ЦК. Пациент нервничался, стал хуже подбирать слова. На ночь дали бром и фенацетин.

Комментарий. Отфрид Ферстер проговорился, что врачи о состоянии и его динамике докладывают в Центральный комитет, что явно не понравилось В.И. Ульянову. Нервное возбуждение, в котором, как мы сегодня бы отметили, есть ятрогенный компонент. Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта идут параллельно с ухудшением когнитивных функций.

12 февраля 1923

Сегодня В.И. Ульянов принимал веронал, фенацетин, бром. Был профессор Ферстер.

13 февраля 1923

Пациент выглядит утомленным, во всем теле трясение, особенно справа. Температура в комнате двенадцать градусов, приложена грелка к правой ноге. Дан бром. Пульс 92 в минуту. Отмечен тимпанит, урчание, живот вздут. После двадцати двух минут гимнастики, пациент сильно утомился, появилась головная боль. Принимал сомнацетин и фенацетин. В этот день были врачи Ферстер, Крамер и Кожевников. Профессор Ферстер сегодня уехал и оставил инструкции к дальнейшему лечению.

Комментарий. Профессор О. Ферстер уехал в Германию.

14 февраля 1923

Пациент принимал веронал, сделана клизма. Из врачей были Крамер и Кожевников.

15 февраля 1923

Владимир Ильич принял три таблетки сомнацетина, но так и не заснул. В обед дана еще одна таблетка и бром. На ночь дали также еще бром и фенацетин, а ближе к 23-00 еще один фенацетин.

16 февраля 1923

*Владимир Ильич спал с 24-00 до 6-00 после веронала. Проснулся с головной болью. Был дан фенацетин, сделана клизма, которая хорошо подействовала. В 8-00 Владимир Ильич снова заснул и спал до 12-00. Проснулся без головной боли, кишечник подействовала самостоятельно. Владимир Ильич начал завтракать и во время завтрака снова разболелась голова, так что Владимир Ильич завтрак прекратил и принял фенацетин. Мы приехали в 13-12. Владимир Ильич жалуется на очень сильную головную боль. Лежит с пузырьем на голове и с закрытыми глазами. Настроение очень скверное, язык очень сильно обложен, живот вздут, очень сильно. Пульс 100 в 1 минуту, головная боль локализуется во лбу. На вопросы отвечает неохотно. Мы дали Владимиру Ильичу **порошок фенацетина, 0,15 пирамидона, 0,1 кофеина** [состав порошка написан рукой], но и этот порошок не повлиял на головную боль. Поэтому, решено сделать люмбальную пункцию. [По этическим соображениям опущена важная клиническая информация]. Пункция сделана в 15-30 под хлорэтиловой анестезией. Давление 110–115, жидкость*

абсолютно прозрачная. Выпущено 12 куб. см. Через пятнадцать минут Владимир Ильич сказал, что голове стало легче. Саму пункцию Владимир Ильич перенес очень хорошо и сказал, что он не испытал никакой боли и даже высказал мнение, что мы его обманываем. В дальнейшем голова совсем не болела и очень свежая. Через час после пункции Владимир Ильич удовлетворительно пообедал. Немного подремал, а затем хотел читать, но ему посоветовали с чтением немного повременить. К вечеру появились мимолетные головные боли.

Комментарий. Пациенту сделали лечебную пункцию, уменьшив давление ликвора.

Справка. Пирамидон (Pyramidonum) — обезболивающее группы антипирина. Выбор анальгетиков на тот момент был широк — навалгин, туссол, мигренин, ферриперин, гардан, компал, демалгон и т.д., но пирамидон превосходит по анальгезирующим свойствам все препараты данной группы. Выпускался также в сочетаниях с камфорной кислотой.

17 февраля 1923

Больной принял сомнацетин. Сегодня были врачи Ф.А. Гетье и В.В. Крамер. Владимир Ильич бледен, сильный запах изо рта, живот вздут, сердце поднято кверху и лежит почти горизонтально. Пульс 106 ударов в минуту. Не находит многих слов, что усиливается последнее время. Не достаточно серьезно относится к своему положению. Крайне доволен вчерашней операцией. Память несомненно становится хуже. С сегодняшнего дня решено пробовать *natri nitrosi 0,1, aqua destil 150,0 3 столовые ложки в день* [написано нечетко рукой], дан лакричный порошок. На ночь даны фенацетин и веронал.

Справка. Natri nitrosi 0,1, aqua destil 150,0 обозначает натрий азотистокислый разведенный в дистиллированной воде.

Комментарий. Врачи отмечают дальнейшее развитие процесса когнитивных нарушений, о чем они пишут, говоря о нарушениях памяти. Можно уже уверенно говорить о формировании когнитивных нарушений, в основе которых лежит механизм циркуляционной гипоксии, что также является результатом васкулярной формы сифилиса головного мозга или менинговаскулярной формы прогрессивного паралича.

18 февраля 1923

У Владимира Ильича отмечено уменьшение ригидности руки, после гимнастики проведена электризация. Вечером проведена пассивная гимнастика.

19 февраля 1923

Пациент принял сомнацетин, сделана клизма, делал гимнастику, проводили электризацию. Возобновили прием йода с двух таблеток на ночь, дали лакричный порошок.

20 февраля 1923

С этого дня лечащие врачи возобновили назначение йодфортана, начав с двух таблеток на ночь [написано рукой нечетко].

21 февраля 1923

В 23-00 накануне Владимиру Ильичу дали 0,25 isopral [написано рукой]. Не спит, предложили вторую таблетку

изопрала. Отказался, требует веронала. Дали два сомнацетина, но не заснул и в 3-00 даны еще две таблетки. Врачи сегодня были два раза. Пациент бледен, нервничает, дрожит. Веществом не доволен, так как не помогает и имеет аромат. На ночь даны бром и веронал. Просит убрать медсестру **Мар Мак** [написано рукой]. Просит веронал, держит компресс со льдом на голове почти постоянно.

Справка. Изопрал — сильное снотворное средство, треххлоризопропиловый алкоголь. В начале прошлого века широкий ряд данных препаратов: алейдрин, дормиол, волунтал, хлоретон, торамин и т.д.

Комментарий. Выяснение, кто эта медсестра, в задачу автора не входило.

22 февраля 1923

Пациент спал хорошо. Хвалит веронал и говорит: какое отвратительное средство изопрал. Делал гимнастику, проведена электризация. Азотистокислый натрий и йодфортан даны три раза в день. На ночь принял сомнацетин и фенацетин.

Комментарий. Пленум ЦК принял решение с этого дня «считать необходимым систематически извещать секретарей губкомов и членов ЦК» о состоянии здоровья В.И. Ульянова.

23 февраля 1923

У пациента по-прежнему не двигается стопа. Его тошнит. Получен анализ спинномозговой жидкости В.И. Ульянова. Её удельный вес 1009, реакция щелочная, белок 0,06%. Реакция Нонне-Апельта отрицательная, RW без-

условно отрицательная, в осадке единичные лейкоциты и эритроциты.

Справка. Реакция Нонне-Апельта — ориентировочный визуальный метод выявления глобулинов в цереброспинальной жидкости, основанный на ее помутнении при смешивании с насыщенным раствором сульфата аммония. Сильное помутнение говорит о воспалении, на сегодня обе эти реакции, и RW и Нонне-Апельта не имеют значимой диагностической ценности и остались только в истории медицины. Норма относительной плотности спинномозговой жидкости 1003–1008, рН 7,35–7,8, белок 0,15–0,45 г/литр.

24–28 февраля 1923

Состояние пациента в эти дни можно описать status idem. Пациента беспокоили газы, язык обложен. Была тошнота и озноб, есть парестезии по правой половине тела и сильное, изредка очень сильное, трясение в руке. Пациенту ставили клизму, делали электризацию. Принимал веронал, фенацетин, сомнацетин, настойку валерианы, на ночь бром.

Комментарий. Когнитивные нарушения постепенно переходят в более выраженную стадию интеллектуально-мнестических нарушений. Ухудшение деятельности кишечника, в основном толстого, нарастание выраженности головной боли идет параллельно с негативной и очень характерной динамикой заболевания. Пациент постоянно «находится» на обезболивающих препаратах, два из которых, фенацетин и сомнацетин (в состав которого входит фенацетин) по современным представлениям, ведут к образованию «фенацетиновой почки». Упоминание в различных источниках об отказе от ме-

дицинской помощи, от приема лекарственных средств и от консультаций врачей со стороны В.И. Ульянова не подтверждаются дневником: больной ежедневно получает терапию при ежедневном контроле со стороны врачей. Таким образом, гипотеза «силы воли», выдвигаемая рядом историков, согласно которой В.И. Ульянов хотел приблизить смерть или побороть болезнь, не подтверждается ежедневными записями в дневнике лечащего врача А.М. Кожевникова, а в последующем врачей В.В. Крамера и В.П. Осипова. Также видно, что несмотря на имеющийся негатив к группе врачей, особенно немецких специалистов, больной не отказался или не мог отказаться от их консультаций.

1–2–3 марта 1923

У пациента то же самое состояние, что и предыдущие дни. Он плакал, принял веронал, бром, валериану. Сделана гимнастика. Был озноб, поставлена грелка, повторно дан бром. Пульс 88 в минуту. Дали фенацетин, пирамидон и кофеин. Была сделана электризация. Принял на ночь веронал.

Справка. Из биографии известно, что 1 марта на заседании Политбюро ЦК РКП(б) заслушивается вопрос об информации о состоянии здоровья Ульянова и принимается решение поручить секретарю Президиума ЦИК СССР А.С. Енукидзе просить профессора В.В. Крамера дать интервью о здоровье Владимира Ильича.

4 марта 1923

Сегодня Надежда Константиновна подробнее рассказала про то, что было вчера с Владимиром Ильичом. Он устал от сидения и от почти тотчас же начатого чтения.

Это его чрезвычайно расстроило, он стал вспоминать свою первую болезнь. По-видимому, более медленная теперь поправка его беспрестанно волнует и озабочивает. Он начал путаться в своих мыслях, хотя говорил связанные фразы, но между отдельными фразами связи не было, в следствии чего Надежда Константиновна не могла его понять — что еще больше расстроило Владимира Ильича. Он плакал. Поужинал удовлетворительно, а после ужина опять плакал. Спал Владимир Ильич хорошо, около десяти часов.

Сегодня утром в разговоре с Надеждой Константиновной, спросил ее о Луначарском, та сказала ему, что он был болен. На это Владимир Ильич сказал «да, ведь у него 18 кустов». Что этим хотел сказать Владимир Ильич Надежда Константиновна не поняла, но, чтобы его не расстраивать, не показала вида. Поставленная утром клизма хорошо подействовала. Голова не болит, но не свежая. Мы были у Владимира Ильича в 13-00, он немного бледен, но настроение хорошее, голова не болит, тошноты нет. Язык сегодня менее обложен и более влажный. Живот умеренно вздут. Мы посадили Владимира Ильича, после двенадцати минут сидения он беспрекословно согласился снова лечь. После тридцатиминутного отдыха была сделана гимнастика. Во время гимнастики пассивные движения в плечевом суставе сегодня были гораздо свободнее и сопровождались меньшей **болезненностью** [поправлено ручкой]. Движения в тазобедренном суставе также гораздо свободнее. После гимнастики была электризация и все эти процедуры не особенно утомили Владимира Ильича, и голова у него не разболелась. Обедал Владимир Ильич удовлетворительно, после обеда спал с 16-00 до 19-00 часов. Вначале восьмого Владимира Ильича сажали на пятнадцать минут. Во время сидения,

по-видимому, немного устал и когда его слегка тошнило, дали ему настойку валерианы. Тошнота скоро прошла, и Владимир Ильич хотел приняться за чтение, но его уговорили лучше побольше отдохнуть. Поужинал Владимир Ильич удовлетворительно.

5 марта 1923

У пациента озноб, головная боль, пульс 88 в минуту. Дали фенацетин, пирамидон, кофеин, на ночь веронал.

6 марта 1923

Владимир Ильич принял бром, поставлена клизма. Сегодня Владимир Ильич почти ничего не может сказать, кроме «ах черт, ах черт». Были врачи Василий Васильевич Крамер и Алексей Михайлович Кожевников. Больной испуган, текут слезы, дышит часто, лицо красное. Просит лед, дали бром. Просит йод, дали 2 лепешки йодфортана. Сделано 0,03 папаверина внутривенно, речь стала улучшаться.

7 марта 1923

Больной принимал фенацетин, пирамидон и кофеин. Пациента тошнит, ему предлагали бром или валерьянки, но он отказался. Возобновлен прием йодфортана 4 раза в день, бром 3–4 раза по мере надобности, и порошки от боли до 3 раз в сутки. Пациент требует люмбальную пункцию. В 20-30 позвонила Мария Ильинична и попросила приехать, так как у Владимира Ильича сильная головная боль. На 21-15 бледен, говорит «проклятый немец». Что имел ввиду Владимир Ильич, объяснила Надеж-

да Константиновна — имелся ввиду немецкий доктор О. Ферстер, который рекомендовал пункцию в случае головной упорной боли. Дали веронал.

8 марта 1923

Спал Владимир Ильич с 23-00 до 6-15, проснулся с головной болью, ему дали фенацетин, и Владимир Ильич снова спал с 7-00 до 10-00. На этот раз проснулся без головной боли, но был вялый бледный утомленный. Поставленная клизма подействовала хорошо, завтракал без аппетита, в 13-00 Владимира Ильича начало знобить. Мы приехали к нему в 13-30, Владимир Ильич лежал под тремя одеялами, был бледен и весь дрожал. Лицо утомленное, глаза грустные, голова не болит, но не свежая, на границе того чтобы разболеться. Язык сильно обложен, у левого угла рта акне от йода, пульс 108. Мы дали Владимиру Ильичу брому, дрожь стала немного уменьшаться. Через некоторое время у Владимира Ильича начала болеть голова, дали фенацетин, но боль не прошла, поэтому мы решили с Крамером сделать пункцию под местной хлорэтиловой анестезией. Я сделал пункцию между 4–5 поясничными позвонками, жидкость вытекала медленными крупными каплями, давления я не измерял для ускорения процедуры, но и без этого было видно, что давление небольшое, выпущено 5-6 куб см. Через пятнадцать минут Владимир Ильич заявил, что голова болит значительно меньше. Пульс до и после пункции 120, около 16-00 мы уехали, оставив Владимира Ильича в гораздо лучшем состоянии, чем оно было, когда мы приехали. Около 17-00 Владимир Ильич удовлетворительно пообедал. В начале шести Владимир Ильич заснул и спал хорошо до 20-30, проснулся без го-

ловной боли, самочувствие хорошее, настроение гораздо лучше, чем было за последние дни. Сегодня пациент впервые сказал, что ему стало труднее мочиться, что моча идет не сразу. Предложено давать диуретин 0,3 × 2.

Комментарий. Больному сделана лечебная пункция.

Справка. Диуретин — синтетический мочегонный препарат фирмы Knoll, выпускался с 1890 года. Также препарат обладал сосудорасширяющим действием, не оказывал возбуждающего, что в нашем случае имеет значение, действия на нервную систему.

Пример прописи:

Rp.: Diuretini 0,5

D.t.d. N12

S. По 1 порошку три раза в день.

Хлорэтиловая анестезия — хлорэтил, хлористый этил, chloraethylum, иногда назывался по патентованному названию французской фирмы «Kelen». Препарат с местным анестезирующим и охлаждающим действием.

9 марта 1923

После сомнацетина Владимир Ильич заснул в 23-30 и спал до 2-00 ночи. По словам сестры, он после этого спал плохо, просыпался каждый час и снова засыпал нескоро. В 8-00 позвонила мне Надежда Константиновна и сообщила, что Владимир Ильич заговаривается, бредит, говорит несуразные вещи. Я обещал тотчас же приехать с Крамером. В 8-45 мы были у Владимира Ильича. Он лежал бледный, вид утомленный. Владимир Ильич очень сконфужен тем, что нас так рано вызвали. «Что вы в такое неурочное время приехали, чтобы констатировать сумасшествие» — спросил нас Владимир Ильич и засмеялся, но смех был несколько вынужденный. Мы стали успокаивать

Владимира Ильича и сказали, что приехали узнать, как он себя чувствует после люмбальной пункции, но к этому объяснению Владимир Ильич отнесся недоверчиво. Речь у Владимира Ильича плохая и артикуляция неотчетливая, и слова Владимир Ильич труднее находит, говорит одни слова вместо других и этого, по-видимому, не замечает. Пульс сегодня хуже [полностью зачеркнута целая строка], попадают перебои 1-2 в минуту [далее написано непонятно]. Язык порядочно обложен, голова не болит. Владимир Ильич очень озабочен расстройством речи, он несколько раз говорил: «вот речь, речь надо подправить». Видя, что Владимиру Ильичу неприятно, что нас так рано побеспокоили, мы не стали долго у него сидеть и вышли. Надежда Константиновна сообщила, что утром Владимира Ильича совершенно нельзя было понять. Он говорил фразы, которые не имели никакого смысла, например, «да, от 11 до 18 и от 18 до 11 должны уезжать на работу Мария Ильинична и Надежда Константиновна и т.д.» Посмотрел на Надежду Константиновну и сказал ей: «надо позвать жену», делал попытки к вставанию. Мы уехали и обещали вернуться в час. После нашего отъезда, звонила Мария Ильинична, спрашивала, будем ли что-то иметь против приезда П.И. Елистратова к Владимиру Ильичу. Конечно, против этого мы не возражали. В 13-30 мы были в квартире и, после совещания с Елистратовым, пошли вдвоем с Крамером к Владимиру Ильичу. Вид у него немного лучше, лежит со льдом на голове. Говорит лучше, чем утром, но все-таки очень часто ищет слова. Язык обложен, хотя после клизмы было хорошее действие кишечника. Василий Васильевич спросил Владимира Ильича, согласится ли он, чтобы его посмотрел Елистратов по поводу кишечника. Владимир Ильич был очень этим удивлен и спросил: «почему не Гетье? Ведь

он представлен ко мне, чтобы лечить. Но что поделаешь, надо согласиться». С Елистратовым Владимир Ильич был сдержанно любезен, в разговоре несколько раз указывал, что речь его беспокоит и как бы этим он хотел сказать, что участие Елистратова излишне. Вообще, Владимир Ильич разволновался этим визитом. Главным образом, его беспокоит мысль, что это может обидеть Ф.А. Гетье. В разговоре с Владимиром Ильичом Елистратов употребил несколько неудачных выражений, которые, по-видимому, не ускользнули от Владимира Ильича. Когда Елистратов стал прощаться, Владимир Ильич, по-видимому, был очень доволен. Вообще, Владимир Ильич очень не любит, когда приезжают новые врачи и это летом его расстраивало в особенности, если эти врачи неспециалисты по основному заболеванию Владимира Ильича.

После отъезда Елистратова мы снова заходили к Владимиру Ильичу. Он еще не успокоился, мы постарались это сделать, но цель не была вполне достигнута. Ввиду такого нервного состояния мы не стали долго сидеть у Владимира Ильича и отменили предполагавшееся внутривенное вливание и только дали бром. После нашего ухода Владимир Ильич попросил пообедать. Пообедал удовлетворительно. После обеда спал около двух часов, проснулся в нервном состоянии с головной болью. Дали фенацетин, но он мало помог. В 20-30 звонила Мария Ильинична и спросила, не дать ли еще бром, так как Владимир Ильич нервничает и голова побаливает. Я посоветовал бром дать. Владимир Ильич удовлетворительно поужинал, после этого стал спокойнее, немного повеселел, голова стала отпускать. По словам Марии Ильиничны, речь стала лучше.

Впечатление Елистратова — сердце слегка расширено влево и вправо, расширена восходящая дуга аорты, сердце работает хорошо, но некоторый миокардит все-таки есть акцент на втором тоне аорты. Перебоев не было, пульс 98 в минуту. Сахар в моче мозгового происхождения. [Много помарок в абзаце, зачеркнуто далее «незначительное количество белка в моче, значения не имеет» — подписано рукой и зачеркнуто]. Ацетон и ацетоуксусная кислота может быть кишечного происхождения.

Внизу [подписано рукой карандашом] — **в почках по-видимому капиллярный склеротический процесс.** Надежда Константиновна сообщила, что вечером Владимир Ильич был в хорошем настроении, говорил почти свободно и сам сказал, что я совсем преобразился и чувствую себя как здоровый, точно произошло какое-то чудо. Был весел, вспоминал далекое прошлое.

Елистратов Павел Иванович, 1864–1927, терапевт. Консультант Лечсанупра Кремля, старший врач терапевтического отделения больницы им. А.А. Остроумова. В составе трех врачей констатировал смерть пациента В.И. Ульянова 21 января 1924 года.

Комментарий. Есть вероятность развития фенацетиновой почки и сифилитического миокардита. Прошу обратить внимание, что для сокращения материала нами опущена тема внутренних болезней у пациента. Вот для примера, как этот насыщенный медицинской информацией день отмечен в биохронике: «Ленин в беседе с лечащими врачами спрашивает о докторе Ф.А. Гетье. Вечером говорит Н.К. Крупской, что чувствует себя хорошо».

10 марта 1923

После принятого веронала Владимир Ильич скоро заснул, ночью проснулся один раз, ненадолго и спал до 7-00 часов. Утром Владимир Ильич говорил плохо, часто подыскивал слова. Клизма подействовала хуже, чем последние дни, [убрано по этическим соображениям]. Мы приехали к Владимиру Ильичу в 13-15. Говорил Владимир Ильич довольно плохо, многих слов не находил, и артикуляция была не важная. Язык обложен, живот умеренно вздут. Пульс 108. В виду периодически нарушающих спазмов [подписано рукой] продолжающегося дефекта речи, и согласно решения, принятому совместно с Ферстером, мы сделали внутривенное вливание **0,15 арс**. В вену я попал сразу, вливание 5 куб см я произвел крайне медленно. Во время вливания Владимир Ильич сказал, что чувствует запах, похожий на запах еловых шишек. Вливание, однако, не предотвратило спазма и **приблизительно** [подписано рукой] через пятнадцать минут после него снова наступил спазм, повлекший за собой полную афазию и парез правого лицевого нерва. Сознание при этом ясное, вопросы Владимир Ильич понимает и в ответ на них кивает или качает головой. Через некоторое время говорил да или нет. Начался спазм в 14-00. Мы провели весь день в квартире и, поочередно, с Василием Васильевичем входили к Владимиру Ильичу каждые четверть часа. Пульс все время 108. Парез правого лицевого нерва все время в одном положении. Язык не отклоняется. Говорит отдельные слова. По-видимому, не всегда те, которые хочет. Ни одной связанной, хотя бы короткой фразы, сказать не может. В 17-00 приехали Елистратов и Гетье. Ни тот, ни другой к Владимиру Ильичу не заходили. Мы долго совещались и пришли к выводу, что никаких экстренных мер принять нельзя, но решили поставить пиявки за уши. От пиявок никакого

особого действия не ждем. Но ввиду полной безопасности данного мероприятия и горячего желания попробовать все, что только возможно, решили попробовать и эту меру. В 19-00 мы поставили по две пиявки за каждое ухо. Но по отношению к пиявкам Владимир Ильич оказался очень нетерпеливым и их пришлось скоро снять. Никого из близких Владимир Ильич видеть не хочет. Каждый раз, когда входят сестры или мы, Владимир Ильич пытается что-то сказать, но этого не выходит. Это волнует Владимира Ильича, по-видимому поэтому, Владимир Ильич не хочет видеть близких, так как видеть и не разговаривать для него слишком тяжело. Когда вошла сестра Е.И. Владимир Ильич сказал «смертельный ток». Что он хотел этим сказать — неясно (**по-видимому он считает сегодняшний спазм смертельным**) [подписано рукой]. Вечером температура 37,4. Пульс 104. Вес день Владимир Ильич ничего не ел, выпил только полстакана боржому. Несколько раз принимал валерьянку. Один раз сам сказал «надо дать». Но что, сказать не мог, сестра стала перечислять различные лекарства и когда назвала валерьянку, Владимир Ильич сказал «да да». Около 21-00 я уезжал на два часа, оставался один Крамер. Состояние Владимира Ильича все то же. Я вернулся к 23-00 с тем чтобы остаться **ночевать** [подписано рукой], когда я вошел к Владимиру Ильичу, он сделал удивленное лицо, покачал головой и сделал левой рукой жест удивления. Когда я подошел поздороваться, Владимир Ильич сказал, зачем вечером и при этом посмотрел на часы. Я посчитал пульс, попросил показать язык, Владимир Ильич при этом все время качал головой и говорил «зачем вечером». Как только я окончил свое короткое исследование, Владимир Ильич протянул руку и сказал «до свиданья». Пульс 104. Правый лицевой нерв вечером немного менее парализи-

чен и вообще у Владимира Ильича более живой взгляд, он улы- [должен быть перенос на следующую страницу, но его там нет].

В два часа я уехал, остался Крамер, Владимир Ильич покушал немного супу и каши. Температура днем 36,6, пульс 100. После обеда Владимир Ильич заснул, проснулся около 18-00 часов. Пульс 96, речь в том же положении. Лицо по-прежнему крайне грустное. Владимир Ильич все время пытается что-то сказать, но это ему не удастся, понять его почти невозможно. Это волнует и огорчает Владимира Ильича, он расстраивается этим. Бесконечно грустно смотреть на его беспомощность. Выражение глаз при этом такое грустное, что смотреть на него невозможно. Владимир Ильич согласился выпить чаю, но без всего. После обеда Владимир Ильич принял **йодфортан**, а после чая **диуретин** [вписано рукой]. Около 19-00 температура 37,1, голова у Владимира Ильича, по-видимому, не болит. Моча отделяется неудовлетворительно, т.к. держит долго, есть задержка. Сегодня Владимира Ильича положили на круг, но это, по-видимому, ему не нравится. Сегодня Владимир Ильич, в особенности к вечеру, стал хуже понимать, что ему говорят иногда отвечает «нет», когда ответ по всем данным должен быть положительным. Так, например, на вопрос болит ли голова отвечает «нет», а показывает при этом на левую половину лба. И вчера, и сегодня в левой руке отмечен тремор. Почти весь день Владимир Ильич проспал. Он только ненадолго посылался и затем снова засыпал. Пил очень мало, всего два стакана и почти ничего не ел. За обедом немного бульона и совсем мало каши, а вечером съел не более двух чайных ложек болтушки из яиц. На ночь Владимиру Ильичу дали сомнацетин. Дежурит **Крамер** [подписано рукой].

Комментарий. Пример неудачного совмещения страниц. Одна страница заканчивается частью слова, далее должен быть перенос на следующую, но его там нет. Предположительно, совмещено два дня, а именно 10 марта и 11 марта. Больному опять начали вводить препарат арсенобензольного ряда, в момент ввода наступил стойкий паралич, более серьезный, чем множественные параличи, сосчитать которые представляет большую трудность. Это подтверждает, по мнению автора, наличие у пациента идиосинкразии на препарат, содержащий мышьяк. Итог применения арсенобензольных препаратов на 11 марта 1923 года: 4 августа 1922 года у пациента было ПНМК с афазией, как реакция на ввод препарата на основе мышьяка. Курс, начатый 1 июля 1922, прекращен, суммарно введено лишь 2,925 арсенобензольного препарата. 6 сентября было введено только 0,2 грамма, но курс, начатый 4 сентября прерван, так как появились предвестники токсического действия мышьяка на мозг пациента. 10 марта 1923 года введено 0,15 грамма препарата, и моментально наступает паралич с афазией. Курс сразу остановлен. Врачи вынуждены отказаться от арсеникума и попытаться применить другие препараты.

Справка. В этот день политбюро ЦК РКП(б) принимает решение о расширении состава консилиума с привлечением европейских медицинских светил для уточнения диагноза и корректировки проводимого лечения пациента В.И. Ульянова.

12 марта 1923

Речи нет, температура 37,3. Были врачи Миньковский и Ферстер. Пульс 108. Почти полная моторная афазия, говорит только «ма» и «анна», очень ясная сенсорная

афазия. Пациент не понимает, что его просят сделать, подали предметы с просьбой их дать, вместо ручки дал очки. По-немецки понимание еще хуже. Ясные рефлексy Оппенгейма и Бабинского. Полный паралич правой и левой руки. Решено с сегодняшнего дня печатать бюллетени. Миньковский провел исследование «per rectum» — простата несколько увеличена, мочевого пузыря не очень растянут, небольшие геморроидальные шишки. Уже вечером говорит не только отдельные слова, но и части фраз «без сомнения», «потребность судна». Вечером сказал доктору Ферстеру «гуте нахт» (по-немецки спокойной ночи). Решено — **йод-фортан и диуретин** [названия лекарств вписаны рукой] отменить и давать **дигип.рт. ... раза в день и запивать 30 каплями 20% раствора бензилтенирон** [написано рукой, почерк врача становится все нечетче]. На спине большой ожог от йода, смазывается вазелином. На ночь дали слабительное и сомнацетин. Врачи поехали в Политбюро.

Минковский (иногда фамилия упоминается как **Минковски**) **Оскар**, 1858–1931, диабетолог, профессор, гражданин Германии российского происхождения, единственный русскоговорящий из иностранных врачей. Подписал несколько бюллетеней о здоровье В.И. Ульянова.

Комментарий. Клиническая ситуация принимает худший вариант развития болезни, прогноз выздоровления и восстановления речи и интеллектуально-мнестических функций, на взгляд автора, неблагоприятный. Врачи непременно должны были доложить о возникновении четко связанного во времени паралича с введением мышьяка. ЦК ВКП(б) принимает решение начать публикацию медицинских бюллетеней о ходе болезни пациента.

Справка. Дигип.рт.... — разобрано, как Digipuratum, очищенный препарат наперстянки фирмы Knoll. Из истории фармакологии — «один из лучших препаратов по верности действия и пригодности применения, вследствие слабого раздражения желудка. Доза 0,03 до 0,1; 2–4 раза в день».

13 марта 1923

*У пациента температура 37,1, пульс слабый 94 удара, снимает лед, попросил мочеприемник, издает нечленораздельные звуки. Приехали профессора. Поднесли кружку Эсмарха, сказал «вот и только нет». Пульс стал 130. Профессор Миньковский сделал промывание кишечника [удалено по этическим соображениям]. Ввели в правую ягодицу **0,4 Bi....ogenol** [написано неразборчиво]. К вечеру у Владимира Ильича температура 37, пульс 94-96-100, при волнении 130 ударов в минуту. Врачи поехали к Семашко. Вторично дан люминал и 30 капель опять [неразборчиво]. Вечером температура 37,7. На ночь остался дежурить доктор А.М. Кожевников.*

Комментарий. Впервые отмечено, что кроме медсестры также стал оставаться на ночь и врач. Очевидно, что 13 марта начали введение нового препарата, который следует читать как препарат висмута. Вероятно, это бисмогеноль или биохиноль - 10% соединение висмута, йода и хинина. В.И. Скворцов, «Курс фармакологии», раздел «Висмут»: «Принимая во внимание все развитие вопроса о лечении сифилиса, предложение висмута не является чем-то нелогичным и непоследовательным....». Там же: «По одним авторам впрыскивания протекают без особых неприятностей, другие отмечают сильные боли, большие инфильтраты и воспаление клетчатки. Из осложнений

особенно тяжелый характер носят висмутовая пигментация слизистой оболочки рта и язвенные стоматиты. Что касается влияния на Вассермановскую реакцию — мнения различны; однако действие на сифилитическую инфекцию, по-видимому, несомненно; указывается неоднократно на непригодность в настоящем виде этого метода для широкого практического применения».

Профессор W. Heuck: «На основании имеющегося уже теперь опыта я все же полагаю, что по сравнению с ртутью можно отдать предпочтение висмуту, который по своему действию и, очевидно, по продолжительности его, поскольку теперь можно говорить об этом, не уступает ртути. Он не вызывает боли и, что важнее всего, переносится лучше; кроме того, при висмуте нет нужды прерывать курс из-за побочных действий, частых при ртути.....из висмутовых препаратов мы применяем почти исключительно бисмогеноль».

Справка. В этот день публикуется правительственное сообщение от 12 марта 1923 г. о состоянии здоровья пациента, в котором говорится: «После своего продолжительного недомогания, начавшегося в конце мая прошлого года, Председатель Совета Народных Комиссаров Владимир Ильич Ульянов-Ленин 3 октября вернулся к своей обычной, то есть исключительно напряженной деятельности. После двухмесячной работы у Владимира Ильича вновь стали обнаруживаться симптомы переутомления. По указанию врачей и настоянию ближайших друзей Владимир Ильич вынужден был в половине декабря снова временно отойти от руководства делами Советской Республики. Врачи считали необходимым полный и безусловный отдых, даже с отказом от чтения газет, так как новые политические факты, естественно, служат для Владимира Ильича толчком к напряженной работе

мысли. В то же время врачи считали возможным разрешить Владимиру Ильичу ограниченную временем работу над вопросами общего порядка, результатом чего явились известные статьи Владимира Ильича о народном просвещении, реорганизации РКИ и улучшении советского аппарата.

Владимир Ильич безусловно подчинялся режиму, установленному врачами. С своей стороны пользовавшие Владимира Ильича врачи (проф. Ферстер, проф. Крамер и прив.-доц. Кожевников), оценивая общее состояние Владимира Ильича, рассчитывали, что продолжавшееся улучшение его здоровья позволит ему в недалеком будущем ближе стать к непосредственному руководству делами.

Ввиду такой оценки врачами общего хода выздоровления и ввиду определенного настроения в этом вопросе самого Владимира Ильича, правительство не опубликовывало сообщений о здоровье Владимира Ильича, считая, что появлявшиеся время от времени руководящие статьи его обеспечивают необходимую связь между Владимиром Ильичем и населением страны.

В последние дни, однако, последовало значительное ухудшение в состоянии здоровья Владимира Ильича. Ввиду этого правительство признало необходимым установить с сего дня публикацию медицинских бюллетеней о состоянии здоровья Владимира Ильича».

14 марта 1923

Ночью меняли лед, мочевого пузыря пациента растянут, но мочи не было. Мочу спустили катетером. Вздутие живота, температура 37, пульс 90. Апраксия меньше, парез правого faciалис также меньше. По неврологии, в целом, *status idem*. Для предупреждения цистита, [далее

нечетко карандашом пропись из пяти веществ. Далее написано две прописи лекарств также очень нечетко]. Для цистита....., если не будет спать.....

15 марта 1923

Приехал доктор Авербах, он не нашел в состоянии глаз пациента никаких перемен, зрачки реагируют хорошо. Глазное дно абсолютно нормально. Среды прозрачные. Сегодня температура 37,7, пульс 88. Второе впрыскивание **0,6 Vi** [написано рукой] в правую ягодицу. Парез правого faciалис снижается.

Комментарий. Пометка **Vi** может обозначать только сокращенное указание на препарат висмута, который использовали для лечения люэса. Как пример, доктор W. Neuck пишет: «Впрочем, между испробованными нами препаратами **Vi** мы не констатировали существенных различий ни в отношении излечения клинических явлений, ни в отношении проходимости их через мозговые оболочки».

Справка. «Протокол ПБ № 55 от 15 марта 1923 г. п. 7: О расширении консилиума врачей, пользующих В.И. Ленина (присутствует Семашко). Решено: а) Подтвердить решение Политбюро от 11-3-1923 г. о расширении состава консилиума по указанию врачей, с привлечением всех медицинских сил, которые в какой бы то ни было степени могут быть полезны для постановки диагноза и правильного лечения Ленина. б) Поручить Сталину и Зиновьеву в закрытом заседании СНК сообщить о тех мерах, которые предпринимались ЦК по уходу и лечению Ленина. в) Ввести Рыкова в состав комиссии, назначенной Политбюро для переговоров с врачами, на время болезни Троцкого».

16 марта 1923

Пациент отмечает улучшение руки, температура 36,7, пульс 108, [далее информация удалена по этическим соображениям].

17 марта 1923

Сегодня у Владимира Ильича отмечено улучшение всей неврологической симптоматики — больной может скалиться, фациалис слева лучше, клонус ушел. Сегодня были врачи Ферстер, Минковски, Крамер, Кожевников. Температура 36,7, пульс 84. Ночует доктор В.В. Крамер.

18 марта 1923

*Были Обух и Миньковски, который послушал легкие, потом был осмотр Ферстера и Крамера. Сделана третья инъекция **1,0 Vi**. Инъекция была несколько болезненна. К вечеру 36,8, пульс 88 ударов в минуту. В ночь остается Кожевников.*

Обух Владимир Александрович, 1870–1934, заведующий Мосздравотделом. Член партии большевиков с 1894 года, до 1917 года работал терапевтом в Первой градской больнице. Несмотря на участие Обуха в консультациях, назвать его лечащим врачом и консультантом пациента, нельзя. Присутствует в дневнике, по мнению автора, как представитель власти и участник контроля за проводимым лечением со стороны Политбюро.

19 марта 1923

Пациент принимал бром, сделана клизма. Температура 36,4, пульс 88, эритроциты 5 млн, лейкоциты 5000. На ночь остался Кожевников.

20 марта 1923

Владимир Ильич не говорит, пытается общаться жестами, принял бром, сделана клизма. С 17-00 до 18-00 было совещание с Бумке, Штрюмпелем, Нонне. После этого Ферстер, Крамер, Миньковский и Кожевников поехали в Кремль. На ночь остался Крамер.

Бумке Освальд, 1877–1950, немецкий психиатр, профессор. Подписал несколько бюллетеней о здоровье В.И. Ульянова. В 1925 году представит врачебному сообществу термин «ятрогения», который широко используется и по настоящее время во всем мире.

Нонне Макс, 1861–1959, ведущий специалист мирового уровня того времени по лечению нейролюэса, Германия. На мнение данного специалиста многократно ссылаются в своих монографиях по данной патологии В.П. Осипов и А.И. Абрикосов.

Комментарий. В СССР приехали врачи, вызванные согласно протоколу Политбюро № 55 от 15 марта 1923 года, когда было решено расширить консилиум врачей.

21 марта 1923

Опять было совещание, к которому присоединился Хеншен. Сначала вошли мы с Ферстером и предупредили, что приехали еще врачи и мы просим, чтобы Владимир Ильич разрешил им войти, но тот отрицательно качал головой. Тогда вошел Обух и категорически заявил, что врачи приехали и им надо посмотреть на пациента, тогда были приглашены Штрюмпель, Хеншен, Бумке,

Нонне. Владимир Ильич со всеми ими поздоровался, но, по-видимому, был не доволен этим нашествием. Исследовал Штрюмпель. Когда ближе подошел Нонне, Владимир Ильич сделал жест рукой как бы отойти подальше. После этого было совещание на квартире В.И. Ульянова с Н.А. Семашко и В.А. Обухом. Потом опять поехали к О. Ферстеру и там имели двухчасовое совещание. Вечером к пациенту ездили Крамер и Ферстер. На сегодня ночное дежурство отменяется.

Вписанные в этот день в дневник анализы крови
В.И. Ульянова

нейтрофилы 73% (норма 60–79)

лимфоциты 19 (20–30)

мононуклеары и переходные (6 (4–8)

эозинофилы 1,5 (1–3)

базофилы 0,5% (0–1)

миелоциты и другие патологические формы не выявлены.

Вечером Владимир Ильич жаловался на живот, он был вздут и в нем было значительное урчание. Поэтому сделали клизму, которая подействовала удовлетворительно.

Справка. По приглашению советского правительства также приехали шведские врачи, Хеншен Соломон, невропатолог и Хеншен Фольке, его сын.

Хеншен (иногда встречается как Геншен) Соломон, 1847–1930, невропатолог, гражданин Швеции. Приехал в РСФСР для консультации пациента вместе с сыном **Хеншен Фольке**, 1881–1976. Роль последнего специалиста, как консультанта не ясна. Возможно, что отец, которому на тот момент было 76 лет, взял с собой сына для большей уверенности.

Комментарий. Вот что сообщает биохроника за этот день: «У Ленина состоялся (в 14 час.) консилиум врачей с участием прибывших из-за границы профессоров С.Е. Хеншена, А. Штрюмпеля, О. Бумке и М. Нонне. После подробного обсуждения истории болезни и всестороннего обследования Ленина врачи дали заключение, что «болезнь Владимира Ильича... имеет в своей основе заболевание соответственных кровеносных сосудов. Признавая правильным применявшееся до сих пор лечение, консилиум находит, что болезнь эта, судя по течению и данным объективного обследования, принадлежит к числу тех, при которых возможно почти полное восстановление здоровья. В настоящее время проявления болезни постепенно уменьшаются...». Как видно из дневника, в этот день был консилиум иностранных врачей, которые, согласно биохронике, подтвердили, что лечение, которое проводилось до дня их консультации и состояло из введений арсенобензольного препарата, втираний мази ртути, инъекций висмута и приема препаратов йода, было клинически правильным. Тем самым зарубежные профессора подтверждают правильность диагноза клинически манифестной формы нейролюэса: менинго-васкулярную форму. Приблизительно у 6,5% больных люэсом до 1940 года встречался нейролюэс или парасифилис, в терминологии врачей начала XX века.

Сам Нонне так пишет в своем руководстве о Хойбневровском эндартериите в 1921 году: *«Jedoch erst Heubner vermochte es, die allgemeine Aufmerksamkeit der Forscher auf das Studium der Gefäßerkrankungen bei Syphilis zu lenken. Seit Heubners großer Arbeit: „Dieluetische Erkrankung der Hirnarterien“ (1874) ist die Erkenntnis Allgemeingut der Ärzte geworden, daß bei der Syphilis des Nervensystems eine Erkrankung der Gefäße ungemein häufig ist.*

Heubners Lehre gipfelt in dem Satze:

Das infektiöse Agens der Syphilis bringt primär einen Reiz der Hirngefäß-Endothelien hervor; die Wueherung dieser Gefäßendothelien beginnt den ganzen Prozeß; erst später geht der Reiz auf die Vasa nutritiva über, und es kommt dann erst zum echten „Entzündungs“-Prozeß des adventitiellen Bindegewebes, welches die Intimaneubildung mit Wandcrzellen bevölkert. Erst hierdurch wird dieselbe einem „syphilitischen Granulationsgewebe“ ähnlich. Im weiteren Verlauf kann die Endothelwucherung als solche bestehen bleiben; sie kann sich aber auch in gewöhnliches Bindegewebe umwandeln; zur Verkäsung, Verfettung und Verkalkung kommt es nicht. Der Prozeß der Intimawueherung führt zur Verengerung und eventuellen Obliteration des Gefäßlumens. Heubner betonte, daß diese Gefäßerkrankung auch schon bei ganz jugendlichen Individuen vorkommt. Von der Arteriosklerose unterschieden sich die von ihm beschriebenen Veränderungen nicht nur hierdurch, sondern auch rein anatomisch durch das erwähnte Fehlen regressiver Metamorphosen. Ferner hob er das überwiegend herdartige Vorkommen des syphilitischen Prozesses gegenüber der mehr allgemeinen Verbreitung der Arteriosklerose hervor; endlich sei die letztere vorwiegend an den großen Arterien, jene „Arteriosyphilis“ vorwiegend an den mittleren Arterien lokalisiert» (Однако только Heubner смог направить общее внимание исследователей к изучению сосудистых заболеваний при сифилисе. Именно с работы Хойбнера «Люэс сосудов мозга» (1874) врачам стало известно, что при сифилисе нервной системы поражение сосудов крайне широко распространено. Он пишет: инфекционный агент сифилиса в первую очередь производит первичный стимул для эндотелия сосудов головного мозга. Только позже стимул переходит на весь сосуд, после чего истинный «воспалительный» процесс включает

и адвентицию. Сосуд становится «сифилитической грануляционной тканью». В дальнейшем рост эндотелия может сохраняться или может превращаться в обычную соединительную ткань; но мы не видим казеирования, жиरोобразования и кальцификации. Процесс интимального контроля приводит к сужению и возможной облитерации просвета сосуда. Хьюбнер подчеркнул, что это сосудистое заболевание встречается и у очень молодых людей. Изменения, описанные им, различаются не только от атеросклероза, но и анатомически по указанному отсутствию регрессивных метаморфоз. Он также подчеркнул локальное преобладание сифилитического процесса в сравнении более общей распространенности атеросклероза; наконец, последний преимущественно локализуется на крупных артериях, тогда как васкулярный сифилис локализуется преимущественно в артериях среднего диаметра». (Перевод автора).

При использовании по данной клинической ситуации терминологии менингovasкулярная форма прогрессивного паралича суть принципиально не изменяется, так как терминология находилась в стадии эволюции знания о нейролюэзе, и также подвергалась изменению. Начало XX века — это время быстрого накопления медицинских знаний, и медицинский язык, как и любой инструмент, также изменялся параллельно со знанием.

22 марта 1923

В 1-30 Владимир Ильич проснулся и ему дали **мединол** (написано рукой) с пирамидоном. После этого спал от 2-00 до 5-00, и затем с 5-30 до 7-30. Сделали клизму, но она опять подействовала плохо, тут информация убрана по этическим соображениям. Завтракал Владимир Ильич

плохо, с утра волновался, хотел садиться. Температура 37,1. В 11-00 заснул и спал до 12-00. [убрано по этическим соображениям]. Началось двигательное возбуждение, Владимир Ильич пытался встать с кровати, его трудно было удерживать. Вызвали Ферстера и Миньковского. Когда они приехали, Владимир Ильич сильно волновался и его пришлось посадить в кресло. Пока Владимир Ильич сидел в кресле, он продолжал волноваться, пытался вставать, все время были ритмические покачивания головы и туловища, а левой рукой и ногой Владимир Ильич все время делал сгибательные и разгибательные движения и все время пытался что-то говорить. Когда я пришел, этих движений уже не было, Владимир Ильич сидел в кресле боком с опущенной головой и делал попытки к тому, чтобы встать. Моего прихода Владимир Ильич не заметил, он в это время сидел с опущенной головой. Когда Ферстер ему сказал, он поднял голову, улыбнулся, поздоровался со мной и схватив руку, снова начал делать попытки к вставанию. Я постарался успокоить Владимира Ильича и уговорил его снова лечь в кровать, нам удалось это сделать. Во время этого припадка (по-видимому был спазм какого-нибудь сосуда, быть может более близкого к лобным долям) Владимир Ильич часто брался за голову, но на вопрос болит ли у него голова, отвечал отрицательно, но дал положительный ответ на вопрос «есть ли у него в голове неприятное ощущение». Сегодня разница между фацалисами еще более заметна, при чем правый значительно хуже не только в своей нижней, но и в верхней ветке, как при покое, так и при разговоре и смехе. Владимир Ильич полежал спокойно не долго, скоро он снова при помощи сестры сел на стул и опять сильно волновался. Пульс при этом был 140. Мы опять уложили Владимира Ильича, через несколько минут пульс стал

120 в минуту. Владимир Ильич продолжал волноваться. К нему зашел профессор Бумке, потом зашел товарищ Осипов, но его Владимир Ильич даже не заметил. Мы дали Владимиру Ильичу брома 1,0, а потом NaJ. Волнение все продолжалось. Через некоторое время мы вошли еще с Штрюмпелем и Нонне, эти посещения, по-видимому, еще больше разволновали Владимира Ильича. Было сделано впрыскивание 0,03 папаверина [написано рукой]. После этого немного успокоился, за обедом съел только тарелку супа. После обеда Владимир Ильич поспал около часа. А потом опять стал волноваться, хотел садиться и т.д. Мы приехали с Ферстером в 19-00. Пульс 72, Владимир Ильич не особенно волнуется. Профессор Ферстер начал упражнять речь Владимира Ильича. Он хорошо произнес «как, нос, гум, мама, рот, нет, папа» раз пять шесть. Вместо «вот» Владимир Ильич говорил «воб», но потом сказал правильно. «Потом», «два» сказать не мог. **Спонтанно** [написано рукой] произнес слова «говорит, ладно, как». Согласно решению консультации сегодня сделано первое впрыскивание **Enesol** [написано рукой]. Мы дали Владимиру Ильичу 2 грамма брома и 2,0 NaJ. Владимир Ильич несколько успокоился. Выпил стакан чаю с сухариком. Около 22-00 Владимир Ильич заснул после 3 таб сомнацетина. Мочился самостоятельно. На ночь остался я.

Справка. **Enesol, Enesolum** (Hg methylarsenicico-salicylicum) — готовый комбинированный препарат ртутной соли и мышьяка, французского производства, состоял из мышьяково-салициловой ртути 38% и 14% мышьяка. Продавался в ампулах, вмещающих 2 куб. см. раствора и 0,06 (3%) энесоля. Препарат лучше всасывался, если его предварительно подогревали. Обладая полезными свойствами ртутно-мышьяковых препаратов, он,

однако, по сравнению, например, с двуйодистой ртутью в равных по содержанию ртути действовал намного слабее и, следовательно, для сколько-нибудь энергичного лечения был не пригоден.

Пример прописи:

Rp. Enesol Scat. j. origin.

DS. По 1\2- 1 ампулы в мышцу. Ежедневно, перерыв между курсами 10–15 дней.

23 марта 1923

Спал Владимир Ильич до 5 часов. С 5 до 5-30 не спал, слабительное принять отказался (далее удалено по этическим соображениям). В 5-00 [временная нестыковка, авт.] снова заснул и спал до 9-45. Когда Владимир Ильич проснулся, вид у него был очень плохой. Лицо красное, лоснящееся, глаза возбужденные. Владимир Ильич сразу начал делать попытки встать и временами уговоров было недостаточно и Владимира Ильича приходилось удерживать. Владимир Ильич все время смотрит в сторону шкафа, показывает в ту сторону, что-то говорит, не обращая ни к кому из присутствующих. Это производит впечатление будто Владимир Ильич что-то или кого-то видит. Температура 37,1, пульс 96. (удалено два предложения по этическим соображениям). Когда вошла Надежда Константиновна, а потом и Мария Ильинична, Владимир Ильич на них никак не реагировал. За завтраком Владимир Ильич почти ничего не ел. Съел только 5–6 ложек яиц всмятку. Простокваши не ел, кофе не пил. Рот не пожелал полоскать. Владимир Ильич все время держится левой рукой за руку сестры или за мою. Мою руку два раза подносил к своему рту, и Владимир Ильич делал попытку ее поцеловать, когда я отводил

свою руку улыбался. Сегодня у меня еще более сильное, чем вчера впечатление, что у Владимира Ильича начинаются психические явления. Временами кажется, что у него зрительные галлюцинации, но утверждать, конечно, это очень трудно. Вчера у меня создалось впечатление, что Владимир Ильич хуже видит. Когда вечером ему дали сухари, он долго не мог сразу попасть рукой в блюдо, а все попадал мимо. Сегодня такое впечатление, что все что говоришь Владимиру Ильичу, до него не доходит, может быть усилились явления сенсорной афазии и он не понимает того, что ему говорят, или быть может мысли заняты другими, он не слышит того, что ему говорят. В 11-00 Владимир Ильич снова заснул и спал до 12-30. Самостоятельно помочился. Пульс 96, но Владимир Ильич гораздо спокойнее. В 13-00 заснул и спал до 14-45. К нему вошли Хеншен, Ферстер и Крамер. У Хеншена впечатление что у Владимира Ильича **правосторонняя гемипарезия** [написано рукой]. Состояние сильной спутанности, двигательное беспокойство, левой рукой Владимир Ильич все время производит движения, перебирает одеяло и простыню, временами жестикулирует, все время с кем-то разговаривает. Левую ногу сгибает все время или спускает ее с кровати и делает попытку встать, уговоры влияния не оказывают, до Владимира Ильича не доходит то, что ему говорят. В левой руке **резкая апраксия и тремор** [подписано рукой], есть и пить Владимир Ильич не хочет. Через тридцать минут я вошел к Владимиру Ильичу с Бумке. Владимир Ильич совершенно дезориентирован, хотя с Бумке и поздоровался, но, по-видимому, автоматически. Когда вошел товарищ Обух и стал в ногах у кровати, Владимир Ильич никак на его приход не реагировал. Не больший результат был и от моего заявления, что пришел товарищ Обух. На

вопросы Владимир Ильич никак не реагирует, просьба показать язык остается безрезультативной, в левой руке все время стереотипные движения перебирания одеяла и простыни. Нogu то сгибает в колене, то опускает ее с кровати. На поднесение к уху и установку на темени звучащего камертона, Владимир Ильич тоже никак не реагировал. Владимир Ильич почти не обедал, съел только несколько ложек супа, при этом, когда его кормили, хватал ложку и выплескивал суп и т.п. Йод удалось дать с большим трудом. От брома категорически отказался. В 16-15 сделан инъекция папаверина. После этого несколько успокоился и заснул. Несколько раз проснулся ненадолго, но скоро снова засыпал. Так шло дело до 23-00. В 23-00 началось опять двигательное возбуждение, Владимир Ильич делал попытки встать, его стало трудно удерживать и поэтому пришлось его посадить. Присутствовали при этом Крамер, Обух, Розанов. Розанов и Обуха узнал. Когда Владимир Ильич сел, он, конечно, начал делать попытки к тому, чтобы встать. Посидел Владимир Ильич около 2–3 минут и его снова пришлось уложить в кровать. В клизме ввели йод [автором удалена часть предложения по деонтологическим мотивам]. В течении всего дня Владимир Ильич ничего не ел и не пил. От лекарств отказывался. Информация удалена по этическим соображениям. На ночь остался у Владимира Ильича Розанов. Температура вечером 37,0, пульс 120–140, временами слабого наполнения.

Комментарий. 23 марта публикуется бюллетень № 10 от 22 марта 1923 г. о состоянии здоровья, в котором отмечается, что процесс болезни Владимира Ильича Ульянова «имеет неизбежно длительное течение. Ввиду этого бюллетени будут издаваться с сего числа только по мере надобности».

Розанов Владимир Николаевич, 1872–1934, хирург, заведующий хирургическим отделением больницы им С.П. Боткина, консультант Лечсанупра Кремля. Ассистировал 23 апреля 1922 года немецкому хирургу Борхарду на операции по извлечению пули у В.И. Ульянова. Участник консультаций пациента, дежурил у постели больного.

24 марта 1923

Сегодня пациент пытался говорить. Больному ввели пер ректум 1,5 стакана бульона, 4 желтка, сахар, 2 грамма NaBr, NaI, дигипурат. Сегодня начал понимать все, что ему говорят, начал выполнять просьбы — показать язык, закрыть глаза следить за пальцем. Температура 37,6, пульс 100, фациалис сглаживается. Были Минковский, Обух, Крамер, Ферстер. В 20-00 была беседа всех указанных врачей с Троцким, Каменевым, Рыковым. Штрюмпель выступал с разъяснениями, также выступали Бумке, Геншен. На ночь остался Елистратов.

Комментарий. Вот, что сообщает биохроника за этот день — «Вопрос о состоянии здоровья Ленина обсуждается на заседании Политбюро ЦК РКП(б); свое заключение высказывают профессора А. Штрюмпель, О. Бумке, С.Е. Хеншен и О. Ферстер».

25 марта 1923

Температура 36,9, пульс 120, дыхание 36 в минуту. Язык не показал, но позволил протереть рот. Пациент возбужден, пытается встать, но уговорить лежать можно. Принял 1,5 NaI, 1,5 брома. В 13-45 пришли врачи Ферстер, Крамер, Кожевников, Миньковский. Язык сильно обложен, живот вздут, [удалено по этическим соображениям]. Слева яс-

ный рефлекс Оппенгейма, паралич правой ноги и руки, правый фациалис хуже. Все время пытается говорить. Сказал по-немецки «ман мусс», на что врач Минковский сказал «ман мусс айн консилиум», в ответ пациент отрицательно покачал головой и сделал отрицательный жест рукой. Похоже, ему все надоели с консультациями. Полная гемиплегия, тромб образовался полностью в следствии спазма сосудов артерии церебры anteriор и артерии фиссура Сильвии. У больного парафазическая логорея, бессмыслица слов. Пульс 120, температура 37, препарат йода отказался принимать, но на ночь принял йод и бром. Срывает простыню и одеяла. Брома выпил только 3/4 мензурки и принял таблетку сомнацетина. Результат сегодняшнего исследования с несомненностью говорит, что третьего и четвертого дня снова были спазмы сосудов (*art. cerebri anterior u art fos Sylvia* [подписано рукой]).

Справка. Парафазическая логорея — речевое возбуждение с ускорением бессмысленной речи, часто встречается при прогрессивном параличе.

26 марта 1923

В клизме ввели 2,0 NaBr и дали 1 таблетку сомнацетина. Пациент проснулся мокрым, температура 37,2, пульс 112. Сегодня были врачи Бумке, Ферстер и Крамер — состояние тоже самое. Повторно дали NaJ. По просьбе Надежды Константиновны говорит «ма, вот, нос, как, гум». Вечером температура 37,6, пульс 120. На ночь остался доктор Розанов.

27 марта 1923

У пациента утром температура 38 и пульс 140. Днем температура 38,5, пульс 120, дыхание 40 в минуту. При-

шел Крамер. Елистратов отметил увеличение сердца до 13,5 сантиметров, отмечен цианоз лица. Впрыснули 1 куб [написано неразборчиво]. Доктор Миньковский ничего не нашел легких и считает температуру следствием стоматита, воспаления кишечника или чего-то еще. Ввиду температуры решено отменить **Es или u NaJ** [написано рукой], решено поставить 10 банок, впрыскивать дигипурат раза и, случае надобности, камфору. Врачи пошли в политбюро. Были Троцкий, Сталин, Бухарин, Каменев, Зиновьев, Енукидзе и Семашко и врачи Миньковски, Ферстер, Бумке, Крамер и Кожевников. В силу ситуации Политбюро просило остаться в Москве Миньковского. Елистратов поставил по пять банок под каждую лопатку. Температура 38,3, пульс 108. У пациента были Ферстер, Крамер, Кожевников, Миньковски. Утром пациент сказал отчетливо «правая сторона» и после кормления «мерси», доктору Ферстеру сказал «гуте нахт». Вечером температура 38,2 и пульс 112. Сделана инъекция [написано рукой врача, неразборчиво]. Дежурил А.М. Кожевников.

Комментарий. Несмотря на то, что после 22.03 препарат энесол, содержащий мышьяк, не указан, указание на решение его, отмеченного здесь как Es, отменить, говорит, что инъекции могли продолжаться по 27 марта включительно. Последовательность записей перепутана в тексте, что может указывать на волнение самого доктора А.М. Кожевникова. У пациента расширены размеры сердца выше верхней границы нормы, цианоз указывает на то, что сердечно-сосудистая система не справляется, возможен миокардит сифилитического генеза или миокардиопатия токсической природы.

Справка. В покое частота дыхания у взрослого человека в положении лежа при нормальном парциальном давлении по кислороду составляет около 14–16 дыханий в минуту.

Свыше 20 вдохов в минуту считается ускоренным дыханием, такое дыхание носит поверхностный характер, что приводит, при дальнейшем ускорении в покое, к патофизиологическому состоянию гипероксической гипоксии. Ткани не получают кислород, в силу того, что эритроцит не может отдать ткани молекулу кислорода, так как не получает от ткани нужное количество углекислого газа. Частота сердечных сокращений свыше 90 ударов в минуту считается тахикардией. Вот, что пишется в биохронике за этот день: «на заседании Политбюро ЦК РКП(б) заслушиваются доклады лечащих врачей о состоянии здоровья Ленина; принимается решение выпустить очередной медицинский бюллетень».

28 марта 1923

Пациент спал до 4-00 утра. В 9-45 инъекция дигипурата. Доктор Миньковски слушал легкие, в них чисто. Температура 38, пульс 112. Решено не давать йод и бром, от камфоры также воздержаться, а если будет температура дать фенацетин, при беспокойстве пантопон два раза. Язык обложен темно-коричневой, сложно отделяемой пленкой. Живот вздут и болезненнее. Вечером температура 37,6, пульс 112–120, дыхание 32. На ночь сделан дигипурат 0,1, ввели *per rectum* олеум и 100,0 10% виноградного сахара. На ночь остался доктор Еслистратов.

Справка. Пантопон — препарат опия, выделен в 1909 году, содержал 50% морфия.

29 марта 1923

Пациент в час ночи сильно кашлял, поставили суппозитории с белладонной. Утром температура 38,1, пульс 108-112, дыхание 32-36 в минуту, кашель стал чаще. Тимпанит,

в 12-00 сделали промывание *intestinum*. Были Обух, Ферстер, Миньковски, Крамер. Под лопаткой укорочение звуков, дыхание ослаблено, хрипов нет. Мокрота не отделяется. Температура 37,8, пульс 120, дыхание 32. Анализ мочи хуже, белок 0,15%, сахар в моче. Вечером пульс 140, боли в левом боку, применено обертывание грудной клетки. После этого притих и задремал. В 23-00 пульс 128. Впрыснут дигипурат и дан 1,0 аспирина. Сегодня дежурит Розанов.

30 марта 1923

В 1-30 ночи пациенту дан аспирин 1,0 и сделана инъекция пантопона 0,02. Температура 36,7, пульс 108, небольшой кашель без мокроты, поставили грелку на живот. В 13-00 Владимир Ильич бледен, плохо выглядит, говорит шепотом и мало. Пульс 126 в минуту, температура тела 37, стонет, боли в боку. Сделано [неразборчиво] морфин 0,01 и 0,1..... [нечеткая запись] 1 куб. Здесь удалена важная информация по этическим аспектам. Пациент возбужден, много говорит, преобладает жаргонофазия. Не ест, сжимает губы. Доктору Ферстеру удалось ввести немного зернистой икры в рот. Пульс 125-130. Сделана инъекция..... [неразборчиво рукой], поставлена клизма с бульоном и ложка сахара и бромом. Левый бок смазали [неразборчиво]. Сегодня дежурит Крамер.

Комментарий. Эмоциональный настрой самого врача А.М. Кожевникова оставляет желать лучшего. Он нервничает, почерк стал слаборазбираем.

31 марта 1923

Пациент заснул в 00-30 и спал до 6-00, проснулся мокрым. Частота дыхания 30 в минуту, снова заснул до 8-00, каш-

лял меньше. На боль в боку не жаловался. Выпил боржом, температура 37,8. Из врачей были Ферстер, Крамер, Кожевников и Бумке. Сделано промывание кишечника. Впрыснули 0,175 дигипурата. В 16-00 температура 38,1. В 18-00 были врачи Ферстер, Миньковски, Елистратов и Крамер. В 21-00 инъекция **0,15 дигипурата и 2,0..... 10%** [написано рукой, совсем нет возможности разоб-
брать]. В 21-30 началось возбуждение. В 23-00 дыхание 42 в минуту, температура 37,0, пульс 128. На ночь остался Розанов.

1 апреля 1923

В 1-30 ночи пациенту сделали инъекцию пантопона. Утром температура 37,5, пульс 130. Ввели 2,0 камфоры. В 12-00 поставили шесть банок на левое легкое сзади. [Здесь удалена информация по деонтологическим аспектам]. В 13-30 инъекция дигипурата. Были врачи Ферстер, Розанов, Крамер, Миньковски, Елистратов. В 14-30 съел бульон с яйцом, хлеб с икрой, пудинг из телятины, два желтка с сахаром и миндальный кисель. Пациент выглядит лучше, спокойнее, говорит увереннее. В 20-45 у Владимира Ильича пульс 120. Ввели 0,15 дигипурата.

2 апреля 1923

Пациент мочился в утку три раза за ночь. Опять сделано промывание кишечника двумя ведрами. Температура 37,9, пульс 112. Сегодня пациента посетили врачи Миньковски, Ферстер, Елистратов, Крамер и Обух. Взяли кровь на лейкоциты. В обеих порциях 9700 лейкоцитов. В 21-30 температура 37,6. **Дали 0,2** [пропись не ра-

зобрана] **и инъекция 0,15 дигипурата** [написано рукой].
Доктор Елистратов дежурит в ночь.

3 апреля 1923

Пульс 112–120 в минуту. Пить отказывается, положили компресс на голову. Пер ректум ввели 2,0 натрия бромиды. Температура 37,5. В 12-00 ввели дигипуратум. В 13-45 были врачи, Ферстер, Миньковски, Елистратов, Крамер и Кожевников. Сделано промывание, затем ввели ромашку в отваре, две воронки. Принял 0,2..... [неразборчиво], 0,2 кофеина. На наружной поверхности правого бедра появился инфильтрат. На ночь введен пантопон 0,01, после которого пациент заснул. Дежурный — доктор Розанов.

4 апреля 1923

У Владимира Ильича температура 37,3, пульс 112, дал себя умыть и вычистить зубы. В 10-30 сделана инъекция камфоры 20% 1,0. Сделано промывание кишечника. Были Обух, Розанов, Ферстер, Бумке, на которых пациент произвел лучшее впечатление. Доктор Крамер остался на ночь.

5 апреля 1923

Температура 36,8, пульс 100, сделано промывание кишечника. Были врачи Ферстер, Миньковски, Елистратов и Кожевников. Пациент немного возбужден. В 19-00, когда были уже Бумке и Кожевников, больной возбужден, пытается сорвать одеяло и простынь, медицинской сестре Т.М. Беляковой говорит «уйди с глаз моих прочь». Дежурить остался Розанов.

6 апреля 1923

В 4 часа проснулся мокрым. Пульс 108, дикротичный, слабого наполнения. Сделана инъекция 0,1 масла камфоры 20%. Выпил глоток боржома и снова заснул до 8-00. Проснулся мокрым. В 9-00 немного возбужден, тем не менее дал себя слегка умыться. Пульс 108, слабый. Сделана опять камфора. От порошка кофеина, несмотря на угрозы Надежды Константиновны и Розанова, отказался наотрез. От еды и питья категорически отказывается и сердится. [Здесь удалено предложение по этическим соображениям]. После промывания питательная клизма из 1 стакана бульона, 1 желток, 1/4 ложки соли и 1/2 ложки сахара. [Удалено два предложения по тем же аспектам]. Питательную клизму удержал. Пульс 104, не дикротичный. В 11-00 Владимир Ильич заснул. [Удалено два предложения по этическим соображениям]. Тот час же заснул и спал до 15-00. Как только Владимир Ильич проснулся, я зашел к нему в комнату, но этим приходом Владимир Ильич, по-видимому, был не очень доволен. Он лежал спокойно и позволил уложить себя повыше, поправить подушки и положить прямее голову, которая все наклоняется влево. Пульс 104. После меня вошли Ферстер, Миньковски, Елистратов и Крамер. Их также Владимир Ильич встретил не очень дружелюбно. Дыхание 26-30, пульс 102, хорошего наполнения. Попытка покормить Владимира Ильича была безуспешна, несмотря на применявшиеся хитрости. Ферстер просил открыть рот и сказать «а» и вводил ему простоквашу, но этим способом Владимир Ильич съел несколько ложек простокваши и от дальнейшей еды отказался. Сегодня Владимир Ильич очень слаб, настроение у него очень скверное. По-видимому, у него депрессивное состояние и полная безнадежность. Этим состоянием надо объяс-

нить, по-видимому, и упорный отказ от пищи, так по крайней мере объясняем этот отказ мы, невропатологи Ферстер, Бумке, Крамер и я. У Владимира Ильича и раньше была склонность к депрессиям и пессимизму. При малейшем ухудшении физического состояния каждый раз это сказывается на настроении Владимира Ильича. Всегда в таких случаях он мрачно смотрел на состояние своего здоровья и нередко доходил до очень мрачных мыслей. Так было в мае, тоже было в декабре и январе. Этой депрессией, этим отсутствием веры в возможное выздоровление надо объяснить и категорические отказы от лекарств и недовольство при каждом впрыскивании и наблюдающееся в последние дни недружелюбное отношение к врачам. Нет веры в возможное выздоровление, а поэтому и лечение, и еда, и посещение врачей — ни к чему. Так, по моему мнению, можно формулировать душевное состояние Владимира Ильича в последние дни. В виду этих соображений и предыдущего опыта, мы решили ежедневно наркотизировать Владимира Ильича и ежедневно впрыскивать ему **пантопон** [написано рукой] 0,01. После врачебного посещения Владимир Ильич вскоре заснул. В 18-30 проснулся мокрым. Мы переменили белье и уложили Владимира Ильича повыше. После этого я дал Владимиру Ильичу попить и он охотно выпил три стакана боржома. Тогда я решил воспользоваться тем, что Владимир Ильич так охотно пьет, попытался покормить его. Результаты превзошли всякие ожидания, Владимир Ильич скушал тарелку бульона с желтком и 4 кусочка хлеба с маслом, затем блюдо овсянки на бульоне с большим куском масла, вареную репу с большим куском масла, гоголь-моголь из двух желтков и порядочно сливочного крема, после этого выпил полмензурки апельсинового сока. Так хорошо Владимир Ильич давно не ел. Когда

я кормил Владимира Ильича он сказал кажется довольно. Но на мою реплику, что надо еще покушать, Владимир Ильич продолжал есть, широко открывал рот, хорошо глотал. Во время еды Владимир Ильич несколько раз **при- нимался кашлять, но мокроты не выделялось** [напи- сано рукой], хотя слышно, что она клокочет в верхних дыхательных путях. В 19-00 Ферстер, Бумке и я снова вошли к Владимиру Ильичу. Он со всеми поздоровался, показал язык, который был не очень обложен. Пульс 104, хороший, дыхание ровное. При исследовании пра- вых конечностей оказалась болезненность при пассив- ных движениях в правом плечевом суставе, в локтевом движения свободны, мышца не ригидна, за исключением общего сгибателя пальцев и [нечетко написано, автор предполагает **hypothenar**, группа мышц мизин- ца]. В ноге ригидности нет, при пассивной согнутой ноге в тазобедренном и коленном суставе ясное сгибание ноги в тазобедренном суставе и вытягивание ноги. Пассивные движения в ноге, по-видимому, не болезненны. Ригидно- сти нет. Рефлексы справа очень повышены. Слева ясный Опpegейм и клонус стопы. После нашего исследования Ферстер заставляет Владимира Ильича повторять сло- ва и слова Владимир Ильич хорошо сказал «ма, на, как, нос, рот, раз, рот, вот», вместо «два» сказал «за». Это исследование, по-видимому, очень утомило Владимира Ильича, и он радостно со всеми простился. Вскоре Вла- димир Ильич заснул, спал до 23-15, проснулся мокрым. Переменили рубашку и постельное белье. После этого я сделал инъекцию **пантопон** [написано рукой] 0,01. От еды отказался, пить тоже не стал. Пульс 96. Хорошего наполнения ровный. Сегодня дежурю я».

Комментарий. С сегодняшней даты врачи приняли решение использовать лекарственные препараты нар-

котического ряда, что, несомненно, оправданно с учетом ухудшения клинической картины пациента.

Справка. Не дикротичный – правильно читать не дикротический пульс, т.е. пульс не с двойным ударом. Дикротический пульс бывает при понижении тонуса периферических артерий (при лихорадке, инфекционных заболеваниях) и определяется при пальпации, тогда как в норме определяется только сфигмограммой.

7 апреля 1923

Пациент после пантопона заснул, ни разу не мочился, не кашлял. Съел яичницу на двух желтках и восемь кусочков хлеба с маслом, кроме того несколько ложек простокваши. Температура 36,9, пульс 96, дыхание 24. Справа на лице и шее акне, вид бодрее. Минковский, Ферстер, Крамер, Елистратов, Бумке в 12-15 начали промывание кишечника. Пульс 106. На обед скушал стакан бульона с яйцом и ломтик белого хлеба с двумя чайными ложками сливочного масла, две ложки перловой каши с куриным пюре, три ложки моркови со сливочным маслом, немного сбитых сливок с черносливом и две ложки гоголь-моголя. В 17-00 температура 36,9, пульс 100, частота дыхания 28 в минуту. В 19-00 у больного были врачи Ферстер, Бумке, Елистратов и Кожевников. Ферстер пробовал провести пассивную гимнастику правой руки, но это вызвало некоторую боль и к гимнастике пациент отнесся отрицательно. Движения левой руки производить не хотел. В 20-00 скушал тарелку бульона с яйцом, ломтик белого хлеба с двумя чайными ложками сливочного масла, ложечки две каши, одну ложку шпината и две ложки сбитых сливок. Реакция мочи кислая. На ночь остался Елистратов.

Комментарий. В связи с тем, что в изложении дневника удаляются физиологические аспекты, это несколько снижает для читателя тяжесть клинической картины.

8 апреля 1923

Температура 36,6, пульс 88. В 10-30 пациент съел два сбитых желтка, две столовых ложки пасхи, пять столовых ложек простокваши, два стаканчика шоколаду и две чайные ложки с вином. Сделано промывание кишечника в три ведра, вприснули 0,1 20% камфоры. Были врачи Минковски, Ферстер, Крамер, Елистратов. Решено вводить NaI по 0,5 ежедневно, а если не удастся, то в клизме. В 18-00 температура у больного 37,1, пульс 104. В 19-30 были врачи Ферстер и Бумке. Владимир Ильич съел большой кусок куриного пюре с соусом из томатов, затем поряточно репы с сливочным маслом, гоголь-моголь из двух желтков. Немного каши с пюре из чернослива и немного крема. В 20-00 доктор Ферстер дал 0,5 NaI, в 20-30 началось возбуждение. Ввели 0,01 пантопона в 21-00. Пациент начал делать попытку к вставанию из кровати, приподнимался, хватал левой рукой за кровать, а носком левой ноги цеплялся за матрас. Потом стал делать ритмические сгибательные и разгибательные движения левой рукой и ногой. Зрачки расширились, взор устремился в левый угол комнаты. Что-то говорит шепотом, но понять ничего нельзя. Через четверть часа возбуждение стало проходить, лицо приняло более спокойное выражение, он успокоился, выпил боржом и заснул.

9 апреля 1923

Температура 36,9, пульс 100 в минуту. Сделано промывание кишечника, ввели два ведра. Пациент возбужден,

приходится удерживать у кровати, кричит делает движения левыми конечностями. В 20-00 сделали инъекцию пантопона 0,015. Успокаивается. Выпил немного [неразборчиво]. НаJ отказался принять, ввели его в клизме. Сегодня дежурит доктор Кожевников.

10 апреля 1923

В 1-00 проснулся мокрым. Принял лакричный порошок и скушал 4 ложки гоголя-моголя. После чего снова заснул. В 6-00 снова проснулся, после чего снова заснул. [Удалено три предложения]. В 10-30 часов Владимир Ильич проснулся. Помочился в мочеприемник, мочи 200 см. После этого дал себя умыть. Температура 36,9. [Удалено по этическим соображениям]. За завтраком скушал яичницу из двух желтков, блюдечко рисовой каши и выпил стаканчик шоколада. После этого дремал. В 13-30 зашли Минковски и Елистратов. Пульс 100-104, правильный, хорошего наполнения. Границы сердца нормальны, тоны чистые. В легком внизу слева остается узкая полоса притупления, дыхание в обоих легких везикулярное, ослабленного дыхания нет. Живот умеренно вздут. Диафрагма стоит немного выше нормы. При ощупывании живот не болезнен. Нижняя часть печени прикрыта раздутыми кишками. После Минковски и Ферстера, к Владимиру Ильичу зашли Ферстер и Бумке, у Владимира Ильича вид утомленный. Выражение глаз еще сердитое и немного утомленное. При испытании речи Владимир Ильич повторял много слогов, но ввиду утомления Владимира Ильича исследование было очень кратковременным. После ухода врачей, Владимира Ильича спросили можно ли принести обед, и Владимир Ильич ответил «можно, но не обещаю». Тем не менее Владимир Ильич съел тарелку бульона с яйцом и кусок хлеба с маслом, телячье

желе с маленькими кусочками телятины, немного шпината и несколько ложек муса. Это было в 14-30, а в 15-00 принял 1,0 NaJ с боржомом. После этого лежал спокойно, закрывшись с головой, но, по всей вероятности, спал. Около 18-00 начал немного волноваться. В 18-30 вошли Ферстер и Бумке к Владимиру Ильичу. При исследовании движений сегодня было ясное сгибание и разгибание в локте, небольшое движение пальцев и некоторый намек на отведение плеча. Движения в ноге сегодня были тоже гораздо энергичнее, Владимир Ильич сгибал и вытягивал ногу. При упражнениях речи Владимир Ильич повторял много слов, односложных и двусложных слов, «но за» сказать не мог, хотя хорошо говорил слово «здесь». Во время исследований Владимир Ильич часто говорит «сесть». После этого к Владимиру Ильичу заходил Ферстер с Марией Ильиничной и Ферстер объяснил Владимиру Ильичу, что его состояние будет улучшаться и он будет поправляться. Сделал он это с целью поднять настроение. После ухода Ферстера Владимира Ильича немного посадили, но скоро он сам попросил, чтобы его уложили в кровать. В 21-00 с большими уговорами съел две чайных ложки овсянки и 3–4 ложки простокваши. От йода отказался. Когда к Владимиру Ильичу зашел Розанов, назвал его Розанов. Разговаривал Владимир Ильич с Розановым спокойно, но после его ухода стал волноваться, хотел вставать, садиться, делал ритмические движения левыми конечностями, головой и туловищем, делал попытки к вставанию, так что пришлось посадить Владимира Ильича. Возбуждение было очень сильное, очень много говорил, был очень сердит, но понять его нельзя было. Ввиду сильного возбуждения Розанов сделал инъекцию 0,01 пантопона, но Владимир Ильич не успокаивался очень долго. Через полчаса стал немного спокойнее, но совсем спокойным сделался только в 24-00. Помочился в мочеприемник 120 куб

см. Пульс 108–112 удовлетворительного наполнения. Заснул Владимир Ильич в 00-15. Дежурит Розанов».

Комментарий. Впервые доктор А.М. Кожевников дает оценку словам профессора О. Ферстера, что тот говорит о возможном выздоровлении В.И. Ульянова только с целью поднять настроение пациента.

11 апреля 1923

Пациент съел три желтка, две-три ложки простокваши, один глоток шоколада. У него были Мария Ильинична и Василий Васильевич Крамер. Дали 1,0 NaJ в 11-00. В 14-30 сделано промывание кишечника, затем через клизму ввели 1,0 NaJ. В 18-30 были Ферстер и Крамер, у пациента началось возбуждение, пульс 108-110, он делает попытки встать. Доктор Розанов посадил пациента на стул. В 19-15 были врачи, профессора Ферстер, Бумке и доктор А.М. Кожевников. Дежурит Елистратов.

Комментарий. В этот день публикуется бюллетень о состоянии здоровья пациента, где сообщается, что наблюдавшиеся осложнения можно считать в данное время почти устраненными. Это совершенно не соответствует клинической картине имеющегося заболевания и её негативной динамике. Прогноз также негативный исходя из повышенной чувствительности пациента к специфической терапии и низкой статистики выздоровления таких больных в начале XX века.

12 апреля 1923

У пациента сон очень тревожный, часто просыпается, что-то говорит, снова дремлет, далее информация удалена по этическим соображениям. В 7-00 утра началось

беспокойство, много говорил, жестикулировал, просил посадить. Дали 2,0 натрия бромиды в клизме. В 14-00 скушал несколько ложек яйца, полстакана воды, два ломтика хлеба с маслом и два глотка шоколада. Дали 0,5 NaJ, [далее удалено по этическим соображениям].

Сегодня вторично мы всесторонне обсудили вопрос о терапии и окончательно решено приступить к **фрикциям 2,0 мазь Hg** [написано рукой].....об этом мы доложили Политбюро. Политбюро дало утвердительный ответ». В 17-15 пациент принял 0,5 NaJ, вечером были врачи Ферстер, Бумке и Кожевников. В течении дня мочился два раза, [далее удалено по этическим соображениям]. В ночь дежурит доктор В.В. Крамер.

Комментарий. В тексте дневника указано, что врачи считают необходимым начать лечение мазью ртути, на что получают согласие политического руководства страны.

Справка. Hg — латинское обозначение ртути.

13 апреля 1923

В час ночи и в 9-30 утра больному дали NaJ по 0,75, в 10-30 сделано промывание кишечника. В 14-00 пришли Ферстер, Бумке и Елистратов. Десна в удовлетворительном состоянии. Пульс 100, температура 36,6. В 16-00 началось беспокойство, делает ритмические движения туловищем и левой ногой стучит о подставку, грозит пальцем, лицо беспокойно. В 23-45 сделана инъекция пантопона 0,015. Дежурит Розанов.

14 апреля 1923

Состояние у пациента то же самое, сделано промывание кишечника. В 12-00 пришли Ферстер, Бумке и Крамер.

Пациенту дан 1,0 натрия йодида. В 15-00 началось беспокойство, пульс 120 в минуту. В 17-15 опять дали NaJ 1,0. В 19-00 были врачи Ферстер, Бумке и Крамер. Пациент подсовывает одеяло под себя, жестикулирует, смотрит в угол, показывая пальцем, много говорит. При тушении света эти явления усиливаются. Дневник. «Вечером после 18-45 Ферстер сделал фрикцию унгвентум ртути в правую голень. Это было не особенно приятно Владимиру Ильичу, и он несколько раз говорит больно. После фрикции голень обернули восчанкой и забинтовали». Пациент возбужден, в 21-15 сделана инъекция пантопона 0,015. В эту ночь дежурный А.М. Кожевников.

15 апреля 1923

Пациент спал хорошо. В 12-00 дали 0,75 натрия йодида. Доктор Елистратов сделал промывание кишечника [опять информация удалена]. В 16-00 началось возбуждение, в 17-00 введена свечка с кодеином. В 19-30 дано 0,75 натрия йодида. В 22-00 помочился — мочи 250 куб. см. После этого сделана вторичная фрикция ung. Hg. После фрикции смазали десны. В 24-00 ввели пантопон 0,015. Дежурит врач Елистратов.

Комментарий. Ung. Hg. и унгвентум ртути следует читать мазь ртути. Врачи делают профилактику ртутиального стоматита.

Справка. Клиническая фармакология о ртути: «Применяется при сифилисе для втираний (фрикций) по 3,0–4,0 ежедневно, всего 30-40 втираний, каждый раз в новые участки кожи, с наивозможно малой волосатостью (внутренняя поверхность бедер, сгибаемые поверхности предплечий и голеней, нижние области живота). Как и при всех методах лечения ртути гигиена полости рта

должна быть самой строгой». Там же: «При подостром отравлении, могущем быть и при лечебном применении ртути при сифилисе, первым местом поражения является слизистая оболочка полости рта — ртутный стоматит, сопровождающийся разрыхлением десен, черным налетом на лунках зубов, вонючим запахом из рта».

16 апреля 1923

У пациента температура 36,6, пульс 100, в эту ночь он спал хорошо с 2-00 ночи. Около 9-00 дали 0,75 натрия йода. Сделали промывание кишечника и смазывание десен.

Авербах отметил, что правый зрачок несколько шире левого, реакция на свет живая. Со стороны глазного дна никаких изменений не отмечается. Относительно гемиианопсии Авербах затруднялся определенно высказаться в виду элементов и сенсорной афазии, и апраксии. При показывании пальца пациенту в правой и левой полях зрения, не брал его ни там, ни там. А когда его спросили, где видел палец, пациент сказал «везде видел». Дали 0,75 натрия йодида. В 20-30 началось сильное возбуждение, пульс 120, дыхание 36–40, одышка. Много говорит шепотом. Впрыснуто 0,017 пантопона. Сегодня дежурит доктор Вейсброд.

Справка. Гемиианопсия — выпадение половин полей зрения. Бывает разноименной и одноименной. При первой выпадение полей зрения бывает, как с наружной стороны, так и с назальной. При одноименной бывает правосторонняя и левосторонняя. Она обусловлена поражением зрительного тракта либо центральной части зрительного анализатора медиальной части затылочной доли и подкорковых зрительных центров (коры в зоне шпорной борозды, в поле 17 по Бродманну и подкорковых центров).

Вейсброд Борис Соломонович, 1874–1942, хирург, профессор, член партии ВКП(б) с 1904 года. Дежурил у постели больного. Главный врач 2-ой Градской больницы, позднее профессор 2-го Московского государственного университета на кафедре госпитальной хирургической клиники, директор пропедевтической хирургической клиники того же университета.

Комментарий. Доктор не может с уверенностью говорить о наличии гемипареза, так как у В.И. Ульянова сенсорная афазия. Продолжаются втирания (фрикции) мази ртути. Таких мазей было довольно много вариантов.

Примеры прописей для наружного использования:

Rp. Hydrarg. praecipit. flavi 0,1

Vaselini 20,0

MDS. Мазь.

Rp. Hydrarg. bichlor. corrosivi 0,1 (сулема)

Aq. Distill. 200

MDS. Для обматывания.

Rp. Hydrarg. colloidal 1,2

Lanolini 30,0

MDS. Div. in part. aeq. №10

S. Втирать одну пачку в день.

17 апреля 1923

Пациент сегодня спал плохо, часто просыпался, [удалена информация по этическим соображениям]. Было очень сильное возбуждение, страх, тревога, похоже были галлюцинации и сознание не ясное. В 8-00 дали кодеин 0,02 в одном стакане теплого масла в виде клизмы. Ввели пантопон 0,02. После завтрака дали 0,75 натрия йодида.

Сделано промывание кишечника. Отмечено, что период начала возбуждения укоротился, он начался почти сразу после промывания. Ввели 0,01 пантопона и нечетко написано. Дали опять 0,75 NaJ. Температура у пациента 37,6, пульс 120, частота дыхания 22 в минуту. Сделана четвертая фрикция ртути в левую голень. Когда доктор Ферстер стал делать фрикцию мази ртути, пациент спросил «вас их хабе», то Бумке сказал: «Дер президент шприхт дейтче ворте». Во время фрикции пациент лежал совершенно спокойно и молчал, по окончании фрикции простился со всеми нами. В 21-15 ввели пантопон и 0,01 дигиталиса. В 21-45 началось такое очень сильное возбуждение, что больного начали удерживать за ноги и левую руку. Вид у пациента растерянный и испуганный, он показывает пальцами и все повторяет одно и тоже слово «туверна», а потом как будто «везде она». Потом крик постепенно перешел в нечто вроде стоны. Издавал нечто «ой ой-с, оазус, возус и.т.п.» Повторял по много раз одно и тоже слово и затем переходил к другому. В 22-45 сделано промывание кишечника. Пульс не сосчитать, у больного сильный холодный пот. Ферстер и Бумке объяснили, что давление на аорте со стороны диафрагмы, стенокардические явления привели к мозговому возбуждению. Крамеру, Кожевникову и Елистратову кажется, что больной галлюцинировал. Дежурит доктор Розанов.

Комментарий. У пациента явления токсического действия ртути. Клиническая фармакология тех лет сообщает: «При некоторых формах хронического отравления, что уже, по-видимому, в значительной степени зависит от индивидуальности, присоединяются со стороны центральной нервной системы: расстройства чувствительности, парезы, ртутная ипохондрия. Весьма нередкая

повышенная возбудимость, с бессонницей и неустойчивым настроением духа, припадки, напоминающие малую эпилепсию, общее дрожание и т.д.».

18 апреля 1923

Сегодня у пациента температура тела 37,1, пульс 104–108. Он встал в 6-00, [текст удален по этическим соображениям]. Съел три желтка, два кусочка хлеба с маслом. Посадили, положил голову на левую руку говорит «ай, недели». Пациент устал, уговорили спать, спал до 11-00 утра, потом сделана клизма. В 13-00 беспокойный стал. На правом бедре на месте фрикции экзема и увеличение правых паховых желез. Слева на ягодице у крестца появилась краснота. На верхней десне справа видно небольшое разрыхление. Осмотр врачей, сильное возбуждение в 14-00, грозит кулаком, сердится, ругается, слышно — шарлатан, проклятый. Дано 0,1 люминала. Решено — фрикции ртуты и йод отменить, на легкие поставить банки, на ягодицу цинк, экзему обработать тальком. В 15-30 Владимира Ильича посадили на кровать, говорит «ай, ай-ай, боже мой», смотрит на ногу, у него умеренное беспокойство. Доктор Розанов думает, что он галлюцинирует. Говорит «я еще живу». В 16-00 температура 37,9, пульс 120, начался озноб, удалено по этическим соображениям. В 18-45 съел немного супу с двумя желтками и маленький кусочек хлеба с маслом. В 19-00 температура 37,7. Пациент говорит Ферстеру «черт знает, что такое, довольно». Вечером был доктор Вейсброд, у пациента пульс 126–128, ввели 2 кубика камфоры и пантопон. Опять сопротивлялся инъекциям, ввели только 0,015 [не указано конкретно что, но по месту должен быть пантопон].

Комментарий. Отмечено резкое негативное отношение со стороны пациента к врачам, и в особенности, к О. Ферстеру. Этого доктора он называет шарлатаном, фразу «ай надели» можно по данной ситуации трактовать «что вы наделали». Появление галлюцинаций можно расценить, как последствие интоксикации ртутью.

19 апреля 1923

Больной проснулся 1-50 ночи, помочился 150 куб. см. В 2-45 началось двигательное возбуждение, он метался в постели. Пульс 114–116, температура тела 37,1, делал попытки слезть на пол. К окружающим отношение менее враждебное. В 3-00 ночи сделали пантопон 0,017. Когда проснулся, сделали промывание кишечника. Пациент вялый, сонный, утомленный, плакал. В 10-45 съел три желтка с куском хлеба и с маслом, выпил стакан простокваши и шоколада. После обеда пациент потрогал левый бок и сказал: «больно трогать». Пришли Ферстер и Елистратов, они отметили слева по подкрыльцовой линии болезненность межреберных нервов. Также у пациента тимпанит, жестковатое дыхание, но эритема на месте фрикций меньше. В 19-30 съел тарелку супа из овощей, немного икры, рубленой ветчины и немного каши. Дежурит Розанов.

20 апреля 1923

[В 2-00 произошли события, которые удалены по этическим соображениям]. У пациента пульс 92–94, температура 37, сделана инъекция 0,015 пантопона, per rectum ввели прованское масло. Куда-то показывает пальцем и грозит, говорит: «теперь товарищи пора перестать»,

смахивает слезы. Сделана сифонная клизма в полтора ведра. Были Ферстер и Елистратов — хрипов нет, дыхание везикулярное, шума трения нет, язык обложен. Около 16-00 больной выпил два глотка мюнхенского пива, съел икры кеты, супа, хлеба с маслом, куриное пюре, протертой репы и немного сливок с черносливом. Через 30 минут была рвота без предварительной тошноты, похоже кашлянул, все вырвало, Пациент отказывался три раза и выплевывал облатку, но принял хинин и кофеин. Реакция содержимого рвоты на свободную кислоту дало отрицательную реакцию. Реакция кислая, изжелто-серого цвета и темными крупинками. Реакция..... [неразборчиво] на присутствие красящих веществ крови дала слабо положительный результат. Реакция на присутствие молочной и масляной кислоты дало положительный результат. Желчные пигменты не найдены. Свободная соляная кислота — 0. Общая кислотность — 34. Реакция на уксусную кислоту — отрицательная. Речь сегодня лучше. Были Ферстер и Вейсброд. Дневник сообщает нам, что «экзематозная сыпь на месте фрикции меньше. На передней поверхности правого бедра небольшая краснота в области быв. укола». Сегодня пациент говорит гораздо больше слов, буквы «с, ш, ч» произносит хорошо. Категорически отказался от [неразборчиво]. Температура 37,3, пульс очень напряженный, его частота 114-116, сделан пантопон. На ночь остался доктор Вейсброд.

21 апреля 1923

Пациент поел чернослив, принял три таблетки пургена с боржомом.

Пришли врачи Гетье, Ферстер, Елистратов. Не узнал Ф.А. Гетье. Взята кровь на иммуноглобулин, для счета

красных, белых шариков и для мазков. Больной грозил кулаком, [важная клиническая информация удалена по деонтологическим аспектам]. Принял 3 хинина и 0,2 кофеина. Вечером были врачи Бумке и Ферстер.

Гемоглобин 88, эритроцитов 4,8 миллионов, лейкоциты 7100, цветной показатель 0,9.

Эритроциты, анизоциты и пойкилоциты — заметных отклонений от нормы не наблюдается.

нейтрофилов 80% (60–70% норма)

лейкоцитов 12% (20–30% норма)

мононуклеаров и переходных 7,5% (норма 4–8%)

эозинофилов 0,3% (1–3% норма)

клетки раздражения 0,2%

плазмодий не обнаружен.

Настроение очень пессимистическое, совершенно не верит в выздоровление. Когда Надежда Константиновна сказала, что Ферстер считает выздоровление возможным и возвращение к работе, Владимир Ильич рассердился и стал отрицательно качать головой. Вечером было опять сделано промывание кишечника, температура 37,7. В 23-00 началось возбуждение. Дежурит доктор Ф.А. Гетье.

Справка. Пурген (Purgen) — фенолфталеин, слабительное средство. Применялся в дозах 0,05–0,5 на прием. **Хинин** — алкалоид коры хинного дерева. Активно влияет на плазмодии. В распоряжении врачей того времени было около десятка препаратов хины. Мог использоваться в лечении люэса вместе с сальварсаном в 20-е годы прошлого века. Механизм действия, который использовали врачи в данном случае: «Алкалоиды хинной корки и, главнейшим образом, хинин являются представителями той группы весьма немногочисленных веществ, которая включает в себя противопаразитарные средства при

внутренних инфекциях; влияя, таким образом, на причину болезни, эти средства могут считаться специфическими, этиотропными» (Клиническая фармакология, 1929 год).

Пример прописи:

Rp: Chinini hydrochlor.

Dtd №30

D.S. В дни, свободные от лихорадки, через три часа по порошку, в облатках; в день приступа, до последнего принять 2-3 порошка, через 30 минут каждый.

Комментарий. В связи с тем, что пациент болел в молодости малярией, возможно, что врачи сделали анализ на малярийный плазмодий, который обнаруживается до настоящего времени в анализе, называемом толстой каплей. Также не исключено, что больному с терапевтической целью лечения прогрессивного паралича привили малярию по методу Юлиуса Вагнера-Яурега (за что ученому присудили Нобелевскую премию по физиологии и медицине в 1927 году). Несмотря на то, что мы точно не знаем, делали ли пациенту так называемую прививку (исходя из ограничений, наложенных на врачей в свободе точного клинического изложения) на малярию, это никак не влияет на установленный диагноз. Тот факт, что пациент не узнал личного врача своей семьи Федора Александровича Гетье указывает, что у него на грубые когнитивные нарушения.

22 апреля 1923

У пациента было возбуждение, сделан пантопон. Размельченные пилюли Захарьина дали в черносливе. Десна в удовлетворительном состоянии, кожные явления уменьшаются. Сегодня больного посетили врачи Ферстер, Бумке

и Елистратов, пациент рассердился и не стал делать гимнастику. В 11-30 температура 37,4, пульс 116-118. С сегодняшнего дня пилюли стали добавлять в пищу. Пациент начинает часто дышать, что врачи оценивают, как стенокардический страх. В 18-30 сделана камфора, пульс 120, больной галлюцинирует, не исключены обонятельные галлюцинации. В 19-15 ввели пантопон. Дано 0,01 дигиталиса, 0,3 хинина. Сегодня дежурит доктор Елистратов.

23 апреля 1923

У больного температура 37,6. Утром началось возбуждение, исследовать себя не позволил. В 10-00 принял хинин 0,3, впрыснуто 0,0001 Strich, 2 кубика камфоры 20%. Сделано промывание кишечника двумя ведрами воды, вышло очень много испражнений и газов. Сегодня были Гетье и Ферстер, вечером был Вейсброд. Он хотел проверить пульс, но пациент не дал и сказал вздор. Были также врачи Крамер и Ферстер. Пациент говорит «вот-вот», сильно плачет, временами галлюцинирует. Температура 37,4. Вечером очень возбужден. Сделан камфора, пантопон, стрихнин. Когда вечером Вейсброд взял руку померять пульс, махнул рукой и сказал «вздор». Временами плачет. В 20-00 сделаны инъекции 2,0 камфоры, 0,001 стрихнин, и пантопон 0,02. После инъекции сердит, грозит кулаком Вейсброду. Через пятнадцать минут начал успокаиваться. Дежурный Вейсброд.

Справка. Strich — это стрихнин (strychninum), один из алкалоидов семян чилибухи, прорастающей в Средней Азии, весьма токсичен, использовался как тонизирующее средство и как средство повышающее аппетит. Вводили подкожно. Стрихнин мог быть ис-

пользован по показаниям при парезах и сердечной недостаточности.

24 апреля 1923

*У пациента возбуждение, пульс 104-120, температура 37,4. Поставлена клизма с маслом, сделано промывание кишечника. Были врачи Гетье и Ферстер. Дан хинин 0,3, сделана камфора, пульс 120. После промывания кишечника введено пер ректум 1,0 **Hyd Chlorol** [неясно написано рукой]. Дежурит доктор Розанов.*

Комментарий. Прочитать точно пропись не удалось, однако она дает точное указание на использованное вещество — это ртуть, по латыни Hydrargium, которую врачи часто сокращали до Hydr, Hyd, Hg. И сегодня врачи отличаются плохим почерком, использованием сокращений, в том числе и на латинском языке. Производных ртути для лечения люэса использовалось очень много. В данном случае это каломель (Hg. Chloratum mite, Calomel).

25 апреля 1923

В 0-30 у пациента пульс 112, ввели пантопон 0,02 и дигиталис 0,1. Утром он много и возбужденно говорит, можно понять «товарищи, теперь сегодня, вот», многократно говорит слово «тайна». В 9-30 принял хинин, много в течении дня повторяет «тайна» и показывает на шкаф. Сегодня были Ферстер и Гетье. Мрачен, на приветствие Ферстера не ответил, Гетье же протянул руку. Температура 37,2. Ригидность при пассивной гимнастике усиливается. Правая граница сердца сократилась немного, левая граница на сосковой линии. В легких слышны от-

дельные хрипы. Пульс 108. В 21-30 принял три таблетки сомнацетина. На ночь пантопон и камфора 20%.

26 апреля 1923

Пациент проснулся в 5-30, помочился, заснул. Сегодня он возбужден, сбрасывает с себя рубашку и простыни. Температура 37,7, пульс 120. Были врачи О. Ферстер и Ф.А. Гетье. Затем у больного нет возбуждения, он скорее апатичен, крайне утомлен, цвет лица землисто-желтый, очень худ, выражение глаз у него грустное, взор отсутствующий и усталый. Ему постригли бороду, потом он стал плакать. Ферстер сделал пассивную гимнастику, отметил большая ригидность. Пациента спросили, хочет ли он электризацию? Состояние слизистой рта и десен несомненно лучше, чем было до инъекций. Общее состояние питания несомненно хуже, сильно похудел, стал бледным и осунулся. Гораздо быстрее произносит подряд все гласные, даже самые трудные гласные тоже произносил хорошо. Причем сам называл их, не дожидаясь, чтобы их сказал Ферстер. Опять введен **Chlor Hydr** [неясно написано рукой]. На ночь дежурил доктор Вейсброд.

27 апреля 1923

Пациент возбужден, шепчет, сбрасывает одеяло. В 4-00 утра пульс 104-110, дыхание 26, сделана камфора и пантопон, после этого заснул до 13-30. Были врачи Вейсброд и Ферстер. Приехал Нонне, который не видел пациента четыре недели и его впечатление общее, что состояние питания несомненно хуже, а состояние рта слизистой и языка несомненно лучше, чем до инъекций, лучше произносит все согласные «с, ш, ч, к, г, х». Также были Ферстер

и Гетье. Сделано промывание кишечника. В 20-00 дали хинин, сделали камфору и пантопон.

Комментарий. В учебниках начала XX века указано, что больные с прогрессивным параличом на определенной стадии болезни теряют в весе, о чем и говорит Нонне. Это же может говорить и об интоксикации тяжелыми металлами.

28 апреля 1923

Пациент лучше себя чувствует, притупление в легком стало меньше, сердце еще немного сократилось, пульс 106, ему дали 0,3 хины. С 16-30 началось умеренное возбуждение, в 17-30 ввели пантопон, а в 20-30 дали опять хины. Вечером опять было промывание кишечника. В 21-30 началось очень сильное возбуждение. В 24-00 дали веронала 0,6 и две таблетки аспирина.

29 апреля 1923

С 00-00 до 01-00 опять сильное возбуждение, в 01-00 успокоился, в 1-45 заснул и спал до 6-00. Проснулся в очень возбужденном состоянии, потребовал посадить его в кресло, потом лег на кушетку. Успокоился, но не спал, температура 37, в 8-30 стал засыпать. Вейсброд вышел из комнаты, через несколько минут Владимир Ильич вдруг сильно закричал и началось очень сильное возбуждение. Был очень беспокоен, громко кричал точно говорил на митинге, размахивал рукой, с большой силой отталкивал от себя всех, кто к нему подходил, по-видимому галлюцинировал. Возбуждение было крайне сильное, какого еще ни разу не было. Сделана инъекция пантопона 0,02, камфора 20% 2 мл. Возбуждение стало намного меньше, но совсем не

прекратилось. Умылся, прополоскал рот, съел три яйца и полстакана простокваши. В 10-30 возбуждение вновь усилилось. Дано две столовых ложки NaBr 8,0-200, которые Владимир Ильич охотно выпил. В 11-00 150 куб. см. мочи, в 11-30 успокоился, в 11-45 заснул, в 13-45 проснулся, но скоро вновь заснул. Пульс в спокойном состоянии 102-104, вовремя возбуждения 120 и больше. Спал до 17-00. В 17-15 принял хинин 0,3. В 17-30 съел целую тарелку супа с двумя желтками и несколько кусков хлеба, 3-4 чайные ложки пудинга из курицы и очень немного размазни. В 18-00 сделано промывание кишечника, сначала введено теплое масло, потом соленая вода, [по этическим соображениям часть предложения удалена]. Пульс 116-118, среднего наполнения. Во время промывания почти засыпает, в 18-30 заснул и спал до 20-00. Проснулся, помочился около 250 куб. см. Температура 36,6, пульс 92, правильный удовлетворительного наполнения. Принял 0,3 хинина и [нечетко написанная пропись из трех компонентов №60]. Все это развели в воде и Владимир Ильич стал пить, и все приговаривал «ай ай ай». В 20-30 к Владимиру Ильичу пошел один Ферстер. На вопрос «Ви гейт эс?», ответил «зер гут». Вообще Владимир Ильич очень хорошо понимал, что ему говорил Ферстер по-немецки. Показал язык, который обложен только по середине и влажный. Упражнения речи отклонил, но согласился на гимнастику ноги и руки. В руке очень хорошее приведение плеча. Владимир Ильич очень хорошо поднял вытянутую ногу. Остальные движения в прежнем положении. Во время исследования, по-видимому, у Владимира Ильича были боли в животе, так как он клал руку на живот, морищился и говорил «вот». Живот не особенно вздут. С Ферстером Владимир Ильич простился охотно, в 21-00 заснул. Дежурит Гетье».

30 апреля 1923

В час ночи у пациента началось возбуждение, сделали инъекции пантопона и дигиталиса. В 9-00 поставили клизму, дали люминал и хинин. В 10-40 заснул и спал до 13-30, потом началось возбуждение. Были врачи Ферстер и Елистратов, вид у пациента плохой. Принимал хинин и люминал.

1 мая 1923

Больной в 00-45 возбужден, ему дали люминал, в 1-30 ввели 0,03 пантопона. В 10-00 температура 37, дали 0,3 хинина и 0,1 люминала, в 11-30 сделали промывание кишечника. Доктор Гетье слушал легкие, потом был Ферстер. У пациента пульс 90, он бодрый, как давно не отмечалось, упражнения речи сегодня тоже прошли хорошо. В 20-30 температура 37, пульс 94, пациент отказался от слабительного лакричного порошка и хинина. В 22-00 началось сильное возбуждение и испуг, много говорит, вскочил, галлюцинирует. Дежурит Розанов.

2 мая 1923

В 7-30 дали люминал и хинин. Попытка помочиться безрезультатна, был апрактический акт, [по этическим соображениям удалена информация]. Сделали промывание кишечника полутора ведрами воды. Пульс 96 в минуту, выраженная ригидность. Были Ферстер и Крамер. В 20-15 дали люминал и хинин. Дежурит Вейсброд.

3 мая 1923

Пациента прослабило, в 2-00 он заснул и спал до 3-00, когда проснулся плачет. Принял люминал в 4-15, спал до

10-00. В 11-00 опять дали люминал. Сегодня у пациента были немецкие врачи Ферстер и Нонне. Пульс 96, пациент умеренно возбужден, на ночь пациенту дали люминал и хинин. Далее пациент сильно возбужден, поэтому еще сделали пантопон и дигиталис. В ночь дежурит Розанов.

4 мая 1923

Пациенту дали 0,3 хинина, люминала, ввели per rectum стакан масла, сделан массаж и гимнастика рук, пульс 100 в минуту. Повторили хинин и люминал. Вечером в 18-00 приехал Бехтерев. Было совещание с Осиповым, Крамером, Розановым и Вейсбродом с 18-00 до 23-00. Сегодня остался Вейсброд.

5 мая 1923

Больному дали хинин и люминал, per rectum ввели стакан масла, в 11-30 началось сильнейшее возбуждение, дали бром. К Владимиру Ильичу в 15-00 вошли Бехтерев, Осипов и Гетье. Состояние спокойное, вид утомленный и плохой, зрачки реагируют вяло, язык умеренно обложен, отклонен вправо, очень значительная моторная и сенсорная афазия. Почти полный паралич правой руки и ноги. Рефлексы справа очень повышены, рефлекс Бабинского и других патологических рефлексов нет. О состоянии психики затрудняются высказываться, так как наличие сенсорной и моторной афазии не позволяет произвести необходимое исследование. **После обсуждения, несмотря на настойчивое желание Бехтерева и отчасти Осипова никакой специфической терапии не проводить** [написано рукой]. Против возбуждения использовать ванны температурой 28–29, длительно-

стью 10–15 минут. При беспокойном состоянии давать бром, дигиталис, хинин, люминал. Рекомендован легкий массаж, гимнастика, легкая электризация током. Вечером дали хинин и люминал, поставили клизму. Владимир Ильич объяснял, что врачей много, а толку мало, безнадежно махнул рукой. Сказал «шабаиш», в 20-00 [удалено по этическим соображениям], начал кричать, вставать с постели. Грозил кулаком, по-видимому, галлюцинировал. Ввели пантопон и дигиталис. Сегодня дежурит Ф.А. Гетье.

Комментарий. Биохроника сообщает, что «В.И. Ленин приветливо встречает Бехтерева» и «у В.И. Ленина в этот день проводится консилиум, в котором участвует В.М. Бехтерев, В.В. Крамер, В.П. Осипов, М. Нонне, приват-доцент А.М. Кожевников, Ф.А. Гетье». Автор полагает, что здесь могло быть принято решение заменить А.М. Кожевникова на В.В. Крамера. Академик В.М. Бехтерев и профессор В.П. Осипов, на основании имеющегося анамнеза и данных, полученных ими от коллег и при клиническом осмотре Владимира Ильича Ульянова, настаивают на продолжении специфической терапии имеющегося у пациента прогрессивного паралича, под которой имеется в виду антилюэтическая терапия. Судя по репликам пациента, он убежден в невозможности излечения. По клинической картине видно, что у пациента афазия, связанная с поражением нижних отделов премоторной зоны и верхней височной извилины доминантного полушария, зоны Вернике (22 поле по Бродманну) и Брока (44 и 45 поля по той же анатомической карте), которые отвечают за восприятие речи на слух и артикуляцию. Следует отметить, что системные механизмы речи и ее восприятия у человека не обеспечиваются только этими полями.

6 мая 1923

[Информация удалена по этическим соображениям]. Началось возбуждение. Дали хинин, люминал. Тем не менее, возбуждение нарастает, пациент пробует ходить. Дали 1,5 ложки брома на одну столовую ложку масла *per rectum*. В 13-30 пришли Бехтерев, Нонне, Осипов. Владимир Ильич совершенно спокоен, довольно приветливо принял врачей. Язык значительно сильнее обложен, чем вчера. Артерии периферические и сонные не склерозированны. На вопрос Бехтерева, болит ли голова сказал — «вот» и утвердительно закивал головой, местной чувствительности черепа нет, сенсорная и моторная афазия. Температура тела 37,2, пульс в течении дня 100–116, опять началось возбуждение. Дежурный доктор Елистратов.

Зрачки реагируют вяло, афазия не только моторная, но и сенсорная. О наличии апраксии Бехтерев с уверенностью высказаться не решается, но думает, что она есть. В руке и ноге полный паралич. Местной чувствительности черепа при постукивании по черепу **по-видимому не так** [написано в скобках] **имеется** [написано рукой]. Приступы возбуждения надо отнести на счет наступающего нарушения кровообращения, в следствии очага размягчения к соседним отделам может быть усиленный приток крови, кроме того в них может играть роль и психологический фактор в виде сознания неизлечимости заболевания. Осипов считает, что если психика затронута, то не сильно. Картину психической недостаточности дает наличие моторной и сенсорной афазии».

Комментарий. Врачи указывают, что артериосклероза, включая сонные артерии, не выявлено. Наряду с этим отмечается, что нарушение кровообращения мозга налицо. Впервые указано, что пациент осознает неизле-

чимость своей болезни, врачи, по мнению автора, после данной визитации находятся в такой же позиции.

7 мая 1923

Пациент с 00-30 спал, когда проснулся сделали пантопон 0,03, дигиталис 0,05, пульс 100. Удалено по этическим соображениям. Не спал до 5-00. Сделали клизму, на левой ягодице обнаружено покраснение величиной с ладонь. После промывания кишечника дали люминал 0,1, хинин 0,2, йодфортан 0,5, уротропин 0,5. В 13-30 зашли Бехтерев, Нонне и Осипов.

«Бехтерев считает, что есть раздражение оболочек» [написано рукой сбоку страницы].

*Самый простой разговор похоже плохо понимает. У пациента алексия, повторил «нос, рот, нога, самый». Сенсорная афазия более выражена, чем моторная. Ясная болезненность при постукивании по левой теменной области, больной кривится и морщится даже при слабом постукивании, справа этого нет. Попробовали ставить на пол — стоит на левой ноге, правую немного двигает, правую ступню ставит хорошо, плоско, а не на наружный край. В правой руке церебральная атрофия. Справа резкое повышение рефлексов и клонус стопы и кисти. При выслушивании сердца нет признака **Сиротинина** [подписано рукой]. В крупных сосудах значительного артериосклероза нет. Процесс, по-видимому, не артериосклеротический. После ухода врачей началось умеренное возбуждение. Кричал «вези, вези». В 21-00 пациенту дали обычный набор из четырех препаратов. В полночь часа больному дали 1,0 брома.*

Справка. Уротропин — гексаметилентетрамин, антисептический препарат, синтезирован во второй половине 19-го века, применяется по сей день, в основном при

инфекциях мочевыводящих путей. Также применялся как мочегонное, чаще же при цистите, уретрите, пиелите, подагре, в дозе 0,3–1,0; 2–3 раза в день. **Признак Сиротинина** — речь о тоне Сиротинина-Куверова. Это систолический шум, усиливающийся или появляющийся при поднятых руках. Может быть отмечен как при атеросклерозе, так и при люэсе. Связан с шероховатостью внутренней поверхности аорты и сужением аортального отверстия. **Алексия** — приобретенное расстройство чтения. Как правило сочетается с афазией.

Комментарий. С 7 мая дневник уже ведет профессор Василий Васильевич Крамер. Причина замены доктора А.М. Кожевникова (предположение автора) связана с мнением академика В.М. Бехтерева на необходимость изменения методики ведения больного, так как он сторонник более «интенсивного» лечения препаратами арсенобензолного ряда (высказанное 5 мая 1923 года). При Кожевникове лечение каждый раз прерывали при появлении токсического влияния препарата на мозг пациента. Смена врача предполагает, что Бехтерев считает, что прерываться не стоит. Далее по ходу дневника мы увидим, что это так. Доктор А.М. Кожевников не только отстранен от ведения дневника, но и более не участвовал в консультациях пациента. Более в тексте дневника не упоминается и дальнейший его жизненный путь не известен. Умер он в 1935 году, в том же возрасте, как и его пациент, на 53 году жизни.

8 мая 1923

[Пациента уложили в постель в полночь, далее информация удалена исходя из деонтологических аспектов. Доктор В.В. Крамер делает важную заметку от руки

в дневнике, что] *«он сидит, по первому впечатлению, не имея возможности подробно исследовать больного»*. [Здесь тоже удалена информация по этическим соображениям]. Дан люминал 0,1, началось возбуждение, затем оно начало нарастать и через 45 минут пришлось сделать инъекцию пантопона 0,03. Дали микстуру с аmygdal (амигдалином). Температура тела 37,2, пульс 96. Дежурит Розанов.

Справка. Амигдалин (Amygdalinum). Имеется ввиду вода горьких миндалей, являлся наиболее чаще применявшемся препаратом синильной кислоты. Извлекался из горького миндаля и содержал 0,1% синильной кислоты, обладал освежающе-горьким вкусом. Из курса фармакологии первой трети прошлого века известно, что «препарат имел ничтожное терапевтическое значение. Сам по себе препарат не ядовит, но в пищеварительном тракте отщепляет синильную кислоту и поэтому иногда находит применение при раздражении и болях в кишечнике». Не вызывает сомнения, что именно это действие препарата и использовали врачи. Высший однократный прием амигдалина — 0,02, суточный — 0,06 грамма (Государственная фармакопея СССР, 1925 год).

9 мая 1923

Больной принял десятиминутную ванну температурой 29 градусов. После ванны пульс 94–96, стал немного волноваться, тогда дали NaBr и уротропин 0,5. Через пять минут микстуру амигдалина в миндальном молоке. Днем опять дан уротропин на амигдалине. Пульс 96, температура 37,1. В 13-00 были врачи Гетье и Крамер. У пациента крайне подавленное настроение, он плачет. Визи-

тация профессора Нонне. Опять дали бром, уротропин и амигдалин. Вечером опять уротропин, сделали ванную. Сегодня дежурит Вейсброд.

10 мая 1923

[Удалено по этическим соображениям], у пациента начинается возбуждение, сделана инъекция пантопона 0,03. Пациент все равно возбужден, встает. Даны амигдалин и уротропин. Профессора Нонне и Елистратов отмечают, что явления цистита меньше, меньше эритроцитов, лейкоцитов и эпителия в анализе мочи. Поставлена клизма, дан уротропин, на ночь дали бром. На ночь остается Розанов.

11 мая 1923

В час ночи [информация удалена по этическим соображениям], у него началось сильное беспокойство и галлюцинации, он накрылся с головой. Дали бром, днем давали уротропин и бром. Доктор Розанов отметил, что лексикон уменьшается, пациента не понимают. Из слов использует только слова «вот, вези, веди», других слов не использует. Доктора Гетье и Крамер были у пациента в 15–30 — сознание его ясное, внимание неустойчивое. Общий вид истощенный, он бледен. Принял амигдалин и сделана масляная клизма. На вечер дан бром и уротропин.

12 мая 1923

В 00–30 у больного началось сильное возбуждение, дали люминала 0,2 и 1,0 NaBr. Днем был Ф.А. Гетье — дали капли настойки опия. У пациента боли в животе, [удалена

информация]. В 13-00 был Нонне. Пульс 120 в минуту. В 18-30 началось сильное возбуждение, оно нарастает до 21-00. От лекарств пациент отказывается весь день. Удалось дать уротропин, начались схватки в животе. Опять началось возбуждение, грозит кулаком медсестре и медбрату. Дали бром.

13 мая 1923

[Информация удалена], у пациента началось возбуждение, дали бром. Днем были врачи Крамер и Нонне. Пытался поцеловать руку профессора Крамера, что можно оценить, как апраксиический акт. Он отвлекается и быстро устает, у него выраженная афазия. При промывании кишечника вода уже не удерживается, потом сделали клизму с ромашкой. Прощупывается спазматическая часть нисходящего отдела толстого кишечника. Владимир Ильич сильно возбужден и кричит, даны NaBr и уротропин. Дергает сильно ручку двери, кричит «вези-вези». Когда все встали за спинкой его кресла, стал успокаиваться, возбуждение длилось более часа. Опять дали 0,75 NaBr. Мнение В.В. Крамера — «транскортикальный характер афазии сильно выражен».

Комментарий. Профессор Василий Васильевич Крамер опять ничего не пишет о причинах транскортикального поражения, которое привело к нарушению речи. Не вызывает сомнения, что в части точности клинического изложения есть жестко наложенные ограничения.

14 мая 1923

Пациент в час ночи проснулся мокрым, [удалено по этическим соображениям], после лежал спокойно один час.

В 2-00 часа стал беспокоиться, дали 0,25 люминала, в 2-30 ночи сделали ванную длительностью пятнадцать минут и температурой 29 градусов. Пациент не совсем спокоен, в 3-30 дали 1,0 NaBr. Он не спал до 6-30, потом заснул до 8-30. Утром даны амидалин, уротропин, введена свечка с белладонной. По мнению Елистратова, не отдает себе отчета, где находится. В 13-30 проснулся, [удалена информация по этическим соображениям]. Опять даны NaBr и амидалин. Решено перевезти в Горки. В 19-30 были врачи Макс Нонне и В.В. Крамер. Нонне потрепал В.И. Ульянова по подбородку, тот сильно рассердился. Были сильные боли. Дали люминал, уротропин и NaBr.

Комментарий. Действия немецкого врача Макса Нонне необъяснимы и непонятны с позиций медицинской этики.

15 мая 1923

*[Удалена информация по этическим соображениям], сделана инъекция дигипурата 0,1 с профилактической целью в связи переездом в Горки. Поставлена клизма с маслом, с белладонной, 1,0 NaBr. Сделаны инъекции 1,0 **натрия какодила (cacodilici)** и дигипурати 0,1. Около 15-00 сделали 0,03 пантопон и положили в автомобиль на пол. Везли водитель Рябов, доктор Вейсброд, медсестра Екатерина Ивановна Фомина, санитар. Сегодня дежурит Розанов.*

Комментарий. Больного перевезли за город в Горки. В биохронике за этот день отмечается, что состояние здоровья Владимира Ильича Ульянова начинает улучшаться, что совершенно не соответствует фактическому положению дел. Переезд в день, когда пациенту делают инъекцию мышьяксодержащего препарата, говорит о том, что его надо срочно увезти из Москвы, даже несмотря на возможное ухудшение состояния после укола. Поскольку

это было невозможно без решения Политбюро, значит таковое существовало.

Справка. Натрия какодила (cacodilici) — правильное написание на те годы natrium kakodylicum. Несмотря на то, что препараты мышьяка врачи записывают по-разному в дневнике, «натрия какодил» — это тоже название препарата на основе металлорганического соединения мышьяка. Сам препарат оценивался как слабо действующий препарат, так как слабо диссоциировал и деятельного мышьяка образовывалось не более 3%. Производное какодила, или диметиларсина, каким и был сальварсан, широко применяли в то время для лечения сифилиса. Соединения какодила обладают местным и общетоксическим действием, вызывая у человека воспаление и некроз при попадании даже на кожу, воспаление дыхательных путей, понос при попадании в желудочно-кишечный тракт. Мы не можем сказать точно, использовали ли сам какодил или его одно из производных.

17 мая 1923

*Сегодня у пациента были врачи Гетье, Розанов и Крамер. В 11-00 сделана инъекция **натрии какодили** [написано рукой]. Также был и Елистратов, температура у пациента 36,7, пульс 88, видно спастическое сокращение кишки.*

18 мая 1923

Ночью пациент спал плохо, у него возбужденное состояние и боли в животе. Сделана клизма с маслом и дан NaBr. Доктор Крамер делал упражнения речи по гласным и потом с буквой «б», часты персеверации. Затем пациент много отдыхал, он сильно устал, в словах пропускал

буквы. Доктор Ферстер делал с пациентом упражнения в ходьбе. В 19-00 вприснут **ars**.

19 мая 1923

Пациент проснулся ночью, он возбужден, в него сильные схватки в животе. Поставлена свечка с белладонной и клизма с маслом. В 12-15 ввели **ars**. Приехал С.М. Доброгаев, у пациента сильная персеверация звуков, есть поражение двенадцати пар черепно-мозговых нервов.

Доброгаев Сергей Мартынович (отчество может звучать по-разному в разных источниках), 1873–1952, логопед пациента В.И. Ульянова, занимался восстановлением его речи.

20 мая 1923

В час ночи Владимир Ильич проснулся от позыва к мочеиспусканию. Был немного возбужден, но выпустил мочу 250 и приняв две стол ложки брома успокоился. В 3-30 он заснул и спал около 5 часов. Здесь он умылся, прополоскал рот, покусал 3 яйца и немного простокваши с бисквитом. В 7-00 часов его одели и вынесли на террасу, где он от влияния свежего воздуха стал засыпать. В 9-00 Владимир Ильич все еще спит. В 12-15 проснулся, помочился и с аппетитом поел суп с хлебом и маслом, творожники. Расположение духа хорошее. Сделана инъекция **арс**, после чего Владимир Ильич немного прошелся по комнате с поддержкой с обеих сторон. Нервный статус Владимира Ильича — самостоятельная речь ограничивается немногими словами. Чаще всего встречаются слова «веди-веди, вези-вези, вот-вот»,

но иногда Владимир Ильич произносит и ряд других слов, например, «что, можно, руки, нога, утка, гулять». Надо, однако, заметить, что эти слова у Владимира Ильича не имеются в постоянном распоряжении и заменяются в другой день и при других обстоятельствах другими. При этом они употребляются по большей части не в связи с их символическим значением, почему они не соответствуют его мыслям и желаниям. Постороннюю речь Владимир Ильич в большинстве случаев понимает, но бывают у него нередкие такие моменты, когда он то, что ему говорят, по-видимому, не усваивает. В такие моменты у него наступают легче всего моменты **возбуждения** [подписано рукой]. Это наблюдается чаще всего у Владимира Ильича тогда, когда он бывает усталым или не спал ночи. Что касается до повторения слов, то здесь получается в общем впечатление, что повторение гласных и согласных, а также повторение односложных слов, в которых не встречается нагромождение согласных, ему удастся почти всегда только гласные «у, и, ы, и», согласные «д» и «т» не всегда повторяются достаточно отчетливо. В прочем, эти явления подлежат большим колебаниям. Далее двухсложные слова ему удаются с большим трудом, а трехсложные совсем не удаются. Такова речь. Что же касается до психики, то о функции его чрезвычайно трудно судить, ибо в виду резко выраженных речевых расстройств, равно как и **апраксихеских** [исправлено автором, в оригинале «апрактических»], благодаря чему мимика лица и жестикация левой руки крайне бедны в своих проявлениях, нет достаточно веских критериев для её уразумения. Однако, общее впечатление и здесь таково, что состояние психики подвержено известным колебаниям в зависимости от общего состояния Владимира Ильича. Правая рука парализована. Контрактура выражена в ней резко и сильнее

в дистальных, чем проксимальных отрезках. В особенности отчетливо она выражена в пальцах, которые находятся в слегка согнутом состоянии. Всякие манипуляции в форме пассивных движений вызывают довольно резкую болезненность. Это относится равным образом как к плечевому, так и локтевому, лучезапястному и пальцевым суставам. Тем не менее, Владимир Ильич бывает очень доволен, когда в руке производят пассивные движения. Нога глубоко парализована: активные движения совершаются в ней, главным образом, за счет разгибания бедра, сгибания же его, равно как и разгибание и сгибание в тазобедренном суставе, и всех движений стопы и пальцев можно определить сказавши, что оно равно «0». При этом нужно отметить, что разгибание бедра удастся только при произвольных движениях, при просьбе же совершить их — то производятся, то нет (**апраксия**). По-видимому, и в правой руке мешают активным движениям, по крайней мере, отчасти явления апраксии, ибо бывают случаи, когда во время пассивной гимнастики Владимир Ильич вдруг разогнет больную руку в локтевом суставе и притом с довольно большой силой, в следующий момент это движение снова отсутствует. Такая же апраксия существует у Владимира Ильича и в левой руке. Самопроизвольно он движет ею довольно хорошо, без атаксии, наблюдавшейся у него в очень резкой степени, после 2-го инсульта, он может производить ею даже сложные, но простые акты, так он подносит сам стакан ко рту, застегивает пуговицы, брать те предметы, которые он сам хочет взять, но произвести самое простое движение по просьбе, например, сжать и разжать кулак, пронировать и супинировать кисть, подать кому-нибудь руку, он абсолютно не может. Те же явления, но в меньшей степени, наблюдаются у него и в левой ноге. При этом у Владимира Ильича имеются

порядочное расстройство чувствительности всех её видов в правой ноге. Сухожильные рефлексy у него повышены справа и слева, но справа больше, чем слева. На правой ноге имеется клонус стопы, симптом **Бабинского, Оппенгейма, Менделя-Бехтерева**, на левой только **Оппенгейма** [название симптомов написано рукой доктора]. Если ко всему этому еще прибавить, что при позыве на мочу, Владимир Ильич сейчас же должен удовлетворить позыв, то этим истощается, приблизительно, весь нервный **status** [написано рукой] Владимира Ильича. В остальном Владимир Ильич чувствует себя значительно лучше, чем в Москве. Общий **turgor** [написано рукой] у него значительно лучше, выражение лица принимает по временам прежний облик. Однако, в моменты усталости и недосыпания, лицо его все-таки теряет свой **тонус** [написано рукой] и правая носогубная складка снова опускается. Последний симптом в особенности характерен для определения утомляемости Владимира Ильича, а явления со стороны внутренних органов стали на даче даже лучше, чем в Москве. Белка в моче появляется не более 0,03 на 1000,0 сахара, **ацетона и ацетоуксусной** [написано рукой] кислоты в ней больше не встречается, гиалиновые цилиндры попадают только в количестве 4–5 в препарате, зернистые и эпителиальные только в виде единичных экземпляров, и то не всегда. Стало немного меньше индикала в моче. Зато уробилин теперь также выражен резко, как и раньше, удельный вес стал от 1018 до 1026, появились соли — мочекишлые и щавелевокишлые. Упражнения речи (12-30), произведенные доктором С.М. Доброгаевым. Упражнения состояли из слогов «ха, га, как, та, хе-хе, ке, те, хи-хи, ги, ти, хо, ко, го, то, ху, ку, гу, ту». Из этих сочетаний, сочетание со звуком «т» давал парафазию, особенно трудно было сказать «то и ту», **затруднение инервации facialis** [на-

писано рукой]. На протяжении этих упражнений делались остановки в полминуты, а по окончании всех упражнений на 3 минуты. После этого проделывались упражнения со словесным артикуляторным сочетанием. Взяты слова, обозначающие предметы и слова с эмоциональной окраской «рука, нож, кулак, ложка, нога, коммуна, народ». Перед произнесением каждого слова давалось или объяснение элементарных свойств предмета или тактильно-мышечные и зрительные раздражения называемых предметов. Отдых такой же, как и при произнесении слогов. Правильно произнесенные слова — «рука, кулак, нога, народ». «Коммуна» произнесена с литературной парафазией, а «нож и ложка» дали словесную парафазию. К концу упражнения через 12 минут, обнаружилось довольно резкое утомление, обнаруживающееся с одной стороны ослаблением внимания, а с другой стороны опущением правого *facialis'a* [подписано рукой]. После упражнения речи Владимир Ильич заснул и проспал до 16-15, когда его перенесли на другую веранду. Немного беспокоен. Дано 1,75 ложки брома, затем покусал стакан простокваши. Температура 35,8. В 19-30 снова заснул, в 20-00 проснулся, его перенесли в спальню, где он снова заснул и спал до 23-00. В 23-15 поставили клизму со стаканом теплого масла. В виду спазма в нижних отделах кишечника клизма входила только отельными порциями, выливалась обратно. [Удалена информация по этическим соображениям]. После клизмы Владимир Ильич заснул.

21 мая 1923

Пациент съел три яйца, несколько кусков хлеба с маслом, делали массаж и пассивную гимнастику. Около 13-30 ввели *ars*. Был Доброгаев. Температура 36,7, пульс 104. Делали масляную клизму с водой.

22 мая 1923

Пациент съел три яйца и хлеб с маслом. Был Доброгаев, в 11-00 сделали промывание кишечника с маслом, делали упражнения в ходьбе. В 16-00 началось возбуждение, громко говорит, дали две ложки брома, не помогло. В 19-15 [удалено по этическим соображениям], опять началось возбуждение. Вечером принял ванну. Опять началось возбуждение, в 23-00 накрылся простыней, что-то говорит, потом стал сильнее возбуждаться, дали бром, но возбуждение было всю ночь, пациент [удалено по этическим соображениям].

23 мая 1923

В 8-30 Владимир Ильич все еще не спит. В кишечнике..... [неразборчиво]. Стула нет. В виду этого поставлена клизма с предварительным стаканом масла. [Удалено предложение по этическим соображениям]. После этого Владимир Ильич немного успокоился. Нужно еще заметить, что за ночь хотя Владимир Ильич не спал, [удалено по этическим соображениям]. Температура была ночью и утром 36,3, пульс 104–108. Утром Владимир Ильич немного поел три яйца и несколько ложек супа. В 11-30 его вынесли на террасу, где он вскоре заснул. Через 40 минут он, однако, проснулся и помочился 150 мл. Потом снова заснул и спал до 16 часов. В 17-15 он покушал пол тарелки супа с маслом, несколько ложек каши и несколько ложек крему. В 17-45 помочился 160 мл. В 19-30 снова заснул и спал до 23-00. Проснулся он, однако, только для того, чтобы помочиться и снова заснул. Таким образом, за этот день Владимир Ильич не проделывал никаких упражнений.

24 мая 1923

В 12-30 у пациента началось возбуждение, ввиду этого сделана клизма с предварительным введением масла, есть боли в животе. Дали бром, был Доброгаев.

25 мая 1923

Сегодня был доктор Доброгаев. Пациент возбужден, говорит слова «веди, вези, вот». Дали бром.

26 мая 1923

У пациента возбуждение, сделана клизма, потом промывание кишечника.

*На консилиуме Ферстером, Крамером, Елистратовым было решено в виду раздражения в последнее время **ARSEN** [написано рукой] оставить на несколько дней. **Колон десцендес** [написано рукой] в нижней половине жжат. У Владимира Ильича опять возбуждение.*

Комментарий. Опять врачи, несмотря на стандарты тех времен, отменяют использование препарата мышьяка, очевидно, связывая усиление возбуждений у пациента с введением данного препарата. Десценденс — пример написания латинского термина на русском, обозначает анатомически нисходящий отдел толстого кишечника.

27 мая 1923

Эта ночь спокойная, температура 36,7, пульс 92, толстая кишка спастическая, ввели свечку с белладонной. Доброгаев делал тесты, есть апраксия языка и губ. Внимание сегодня лучше.

28 мая 1923

Пациент спал хорошо, не просыпался. Был Доброгаев, вечером началось возбуждение, дали две ложки брома.

29 мая 1923

Больной не спал, делали промывание кишечника с маслом в 7-00 утра.

30 мая 1923

Сегодня настроение хорошее. Доктор Розанов подозревает гемианопсию. Доктор Доброгаев отмечает паразитии. Вечером поставили клизму, дали три таблетки сомнацетина.

31 мая 1923

Сегодня был Доброгаев. Вечером сняли мерку для протеза ноги, отнесся к этому терпеливо. Пациент показал врачам кулак. Возбуждение, от сомнацетина пациент отказался.

1 июня 1923

*Пациенту сделана клизма, выпил стакан теплого чая, днем сделано промывание кишечника, в 14-00 инъекция **МЫШЬЯКА** [написано рукой]. Пациент весь день проспал, температура 36,3, пульс 90. К вечеру жалуется на боль в стопе, при осмотре небольшая краснота и болезненность при надавливании.*

Комментарий. Впервые прямое указание на русском языке со стороны лечащего врача В.В. Крамера, ответ-

ственного за диктовку дневника, на мышьяк. Далее профессор В.В. Крамер чаще будет указывать сокращенное название и всегда без указания дозировки.

2 июня 1923

*В 8-30 Владимиру Ильичу сделали инъекцию **ars**. Был Доброгаев. Пациент не может назвать предметы, которые видит. Все движения, которые ему продиктовали, он совершает неверно. Моча 1017 -1023, немного белка 0,08 -0,04, на 1000 4-5 гиалиновых цилиндра, оксалаты, ураты, отдельные эритроциты, сахара нет. Поставлена клизма, [далее удалено по этическим соображениям].*

3 июня 1923

*В 9-30 ввели **ars**. Настроение у пациента подавленное, сильно плачет, неохотно отвечает на вопросы. Дан кофеин, натрия бромид, сомнацетин. Упражнения не делал, так как был в плохом настроении.*

4 июня 1923

*В 4-00 утра пациент беспокоен, поставлена свечка с белладонной, в 13-30 ввели **МЫШЬЯК** [отмечено рукой]. Сегодня был Доброгаев.*

5 июня 1923

*В 10-00 пациенту сделали инъекцию **ars**. Температура 36,4, пульс 100.*

6 июня 1923

Спал до 2-30, потом до 9-00 утра больше не спал. За ночь два раза помочился. Не раз жаловался на боли в кишечнике, но от клизмы упорно отказывался. В 9-00 съел 3 яйца, полбюдца каши и стакан кофе. После этого помочился 50,0. В начале 12-го заснул и проспал 40 минут. Проснулся в возбужденном состоянии, встает требует, чтобы его вывезли на воздух, убеждения, что на дворе холодно, не действует, повышает голос, сердится. В 13-00, несмотря на возбуждение, ему сделана инъекция **ars**, после чего немного успокоился, но потом, через некоторое время, стал снова повышать голос и сердиться. В 15-00 ему была сделана клизма — отошло много газов и испражнений. После этого стал спокойнее, немного поел, а потом снова стал возбуждаться, в 16-00 помочился 150. В 16-30, когда были у него врачи, Владимир Ильич все еще возбужден. Упражняться в речи отказывается, желает ходить, когда это желание Владимира Ильича было исполнено, он успокоился. От 18-00 до 20-00 поспал, в 20-00 поел одну котлету, одну тарелку каши, несколько творожников, одно печеное яблоко, полстакана молока с желтком. В 20-30 помочился 200. Пульс все время учащенный 112-120. До 20-45 возбужденное состояние, затем стал успокаиваться, накрылся одеялом с головой и в 21-15 заснул, проснулся в 22-45, помочился 100. Всю ночь далее не спал».

7 июня 1923

Больной всю ночь не спал, в 8-45 ввели **ars**, поставлена свечка с белладонной. Доброгаев делал с пациентом упражнение, которое длилось 12 минут. Настроение пациента подавленное, [удалена информация по этическим соображениям], он походил с аппаратом.

8 июня 1923

*В 11-30 сделана инъекция **ars**. У пациента настроение подавленное, много плакал, ходил с посторонней помощью. Моча та же самая.*

9 июня 1923

*Сегодня пациент проснулся в 3-40, возбужден. [Удалено по этическим соображениям]. В 11-00 ввели **ars**. Мнение Доброгаева — пациент буквы «о» и «у» не дифференцирует, у больного сильная усталость. Поставлена клизма с маслом и белладонной.*

10 июня 1923

*В 4-00 проснулся [удалено по этическим соображениям], с 4-00 до 6-00 лежал спокойно в постели. В 6-00 умылся, прополоскал рот. Покушал 3 яйца, кусочек хлеба с маслом, полстакана кофе. В 6-30 помочился 170 мл. В 7-00 в слегка возбужденном состоянии — встает, садится и т.д. В 8-50 помочился 50 мл, в 9-15 снова помочился 100 мл, в 9-30 заснул, спал до 12-15 и проснулся от [удалено по этическим соображениям]. Когда проснулся, была сделана клизма с предварительным введением теплого масла. Клизма подействовала. В 13-15 инъекция **ars**. В 13-30 помочился 170 мл, а 13-45 покушал несколько редисок с маслом, бутерброд с икрой, суп с протертой курицей, кусок куропатки. В 14-15 были упражнения речи с Доброгаевым». Владимир Ильич буквы «о» и «а» дифференцирует, с трудом повторяет слова, есть парафазии.*

Комментарий. Пациенту проведен курс из десяти ежедневных инъекций арсенобензольного препарата. Мнение Бехтерева, отмеченное доктором А.М. Кожев-

никовым в дневнике за 5 мая 1923 года, возобладало, это уже второй курс (и шестой с 1 июля 1922 года) после высказывания его академиком, за календарный месяц проведено 20 инъекций мышьяка. Мы не можем подсчитать суммарную дозу мышьяка, так как врач не указывает дозировку. Два раза 1.07 и 4.07 профессор Крамер указывает в тексте используемый лекарственный препарат как «мышьяк», очевидно, ему не очень нравится, и он не видит необходимости менять русское слово на сокращение латинского названия активного вещества в препарате.

11 июня 1923

Владимир Ильич всю ночь не спал, заснул только в 11-00 утра. Сегодня сделана клизма с маслом, поставлена свечка. Пациент плохо себя чувствует, в силу этого упражнений не было. [Часть информации за этот день удалена по гуманным соображениям].

12 июня 1923

Status idem. Проснулся в 4-00 ночи, так как [удалено по этическим соображениям], поставлена клизма.

13 июня 1923

[Удалена информация по этическим соображениям]. Поставлена клизма. В 21-00 началось легкое возбуждение, дали две столовые ложки NaBr.

14 июня 1923

Владимир Ильич спал плохо, не более трех часов, галлюцинировал с явлениями страха, кричал, дрожал. После

обеда опять стал возбуждаться, дали NaBr. Был Доброгаев.

15 июня 1923

Пациент спал до 10-00 утра с перерывом, [далее удалено по этическим соображениям]. Сегодня был зубной врач. В 17-30 пациент пришел в возбужденное состояние, сердился, повышал голос, ездил с одного места на другое, не находил себе места. Упражнений речи в этот день не было.

16 июня 1923

Пациент не спал всю ночь, у него сильное возбуждение, он галлюцинировал, вставал, кричал, его лицо выражает страх, переполз на кушетку. Так длилось до 7-00 утра. Ему поставили клизму с теплым маслом, далее удалено по этическим соображениям. Началось опять возбуждение, ритмически размахивает левой рукой, выкрикивает свои обычные слова, не узнает окружающих. В 13-15 пришлось ввести пантопон 0,01, который подействовал медленно, в 15-00 пациент заснул.

17 июня 1923

Владимир Ильич проспал всю ночь. В 8-30 проснулся, на лице выражение страха, озирается со страхом, всматривается в лица входящих. Левая носогубная складка паретичнее, чем обычно, нисходящий отдел кишечника сильно сжат. Пульс 100 ударов в минуту. Поставили клизму с маслом. Заснул и проснулся в 14-00, слегка возбужденный, резкий цианоз в правой стопе. После компресса он прошел, у больного расширены вены там же на ноге. В 21-00 опять сделали клизму с маслом.

18 июня 1923

Пациент спал до 2-30 ночи, [далее удалено по этическим соображениям], сразу началось возбуждение. Пациент все время возбужден, у него боли в животе, поставлена клизма с маслом и белладонной. Ночью галлюцинировал, у него испуганный вид, он показывал на окно и дверь. Вейсброд указал, что появились новые моменты, а именно несвойственные Владимиру Ильичу гримасы, которые он делал около тридцати минут с нечленораздельными звуками. Накануне пациент пользовался также несвойственными ему приемами, ел с большой жадностью и прикасавшиеся к его губам куски с шумом вытягивал в рот, причем недостаточно прожевывая. Весь день был в возбужденном состоянии. На ночь дали NaBr и сомнацетин.

19 июня 1923

Владимир Ильич проспал всю ночь, пытается заниматься, у него хорошая концентрация внимания, есть явления парафазии, после занятий пациент резко утомился.

20 июня 1923

*[Удалено предложение по этическим соображениям]. В 12-00 сделана инъекция **ars**. Был Доброгаев. В 13-45 началось возбуждение, пульс 108, с 19-00 до 20-00 пациент снова возбужден. В 21-00 NaBr.*

21 июня 1923

*[Удалено предложение по этическим соображениям]. В 9-15 пациенту ввели **ars**, в 22-00 у него началось возбуждение, дали NaBr.*

22 июня 1923

*Пациент спал плохо, ему сделали клизму и инъекцию **ars** в 13-00. Затем началось возбуждение, пациент катается по комнате. В 16-00 началось сильное возбуждение, пациент громко выкрикивает слова «вези, веда, вот, что», которое длилось до 18-00.*

23 июня 1923

*Утром сделана клизма с теплым маслом, затем в 11-15 ввели **ars**, в 11-30 делали электризацию ноги и руки, потом у больного началось возбуждение, которое длилось до 14-30. В 15-00 поставили клизму с ромашкой, в 18-00 началось сильное возбуждение. Дали две ложки брома и три таблетки сомнацетина. Цистита нет, моча за сутки объемом 1910, пациент заснул в 23-00.*

24 июня 1923

*Пациент проснулся в 3-30, [далее удалена важная информация по этическим соображениям]. Возбуждение было с 6-00 до 9-30. В 10-45 сделали инъекцию **мышьяка** [написано рукой], потом проспал с 11-00 до 13-00 и до 14-00 просидел спокойно. В 14-00 к пациенту пришли Ферстер и Доброгаев — Владимир Ильич пришел в страшное возбуждение неизвестно от чего, ввиду этого, врачи его покинули. Длилось возбуждение в сильной степени до 16-00. В 16-30 пациент покушал и только к 20-30 окончательно успокоился. Заснул в 24-00. Кол-во мочи 775 мл.*

25 июня 1923

Владимир Ильич проснулся в 5-00 утра, сделана масляная клизма, пульс 104. В 9-00 пришел в сильное возбуждении.

Около часа сидел в кресле в дверях своей комнаты и никуда не хотел двигаться. При этом озирался вокруг себя, на что-то показывал и громко выкрикивал отдельные слова «вот, веди, вези и т.д». Затем он перешел на веранду в том же возбужденном состоянии и оставался там еще полчаса. Потом перешел в свою комнату, где лег на постель. Сделали клизму, во время нее был возбужден. Показывая поочередно на всех пальцем, громко говорил «сидите, вот, о а». После клизмы ввели **ars**, возбуждение у пациента продолжается, его вывезли в парк. Успокоился в 15-00, [удалена информация по этическим соображениям]. В 19-00 температура 37, дали две столовые ложки NaBr и в 20-30 три таблетки сомнацетина. В 23-00 Владимир Ильич заснул, мочи за день 670 мл.

26 июня 1923

Проспал Владимир Ильич, не считая двух коротких перерывов, до 7-30 утра, в 8-00 утра ему поставили клизму и так как последняя не подействовала, то тут же сделали промывание. [Удалено по этическим аспектам одно предложение]. После этого Владимир Ильич покушал 3 яйца и полстакана кофе. Около 11-00 утра Владимир Ильич снова заснул и проспал до 14-00. В 14-30 съел тарелку супа и половину маленькой котлеты. Затем поехал в парк, где пробыл до 18-00. В 19-00 поужинал (котлету и немного простокваши). В 21-00 поехал в парк, в 21-30 наступило сразу и без видимых причин резкое возбуждение: сидит на террасе и приложив руку ко рту, в виде рупора, громко и почти не переставая **выкрикивает** [написано рукой над **кричит**, которое зачеркнуто] «ла-ла-ла-ла». Сердится, всех от себя гонит. Так это длилось до начала 23-00, когда Ферстеру и Розанову

(бывшему дежурному в этот день) удалось увести его в комнаты, где чтобы успокоить его, его стали возить по комнатам. Возбуждение стало утихать, однако, только тогда, когда Ферстер стал возить Владимир Ильича вокруг стола слева направо, причем всегда, когда Ферстер останавливался или менял направление, т.е. поворачивал кресло справа налево Владимир Ильич снова начинал беспокоиться и кричать. Так продолжалось до 24-00, когда он успокоился, ему дали бром 2 столовые ложки, померяли температуру 37, пульс 126 и он заснул. Мочи было 1840 за сутки. В 00-20 он проснулся в возбужденном состоянии».

27 июня 1923

Пациент проспал только 20 минут. Проснулся в 00-20 в возбужденном состоянии, сделана клизма с гедоналом. Пациент требовал, чтобы с ним ходили, затем, чтобы его положили, затем, чтобы снова ходили и т.д. При этом все время говорит, но уже тихо. В 3-00 опять требовал, чтобы с ним ходили, посадили и т.д. Так это длилось до 5-00 утра, когда под влиянием брома пациент заснул и проспал до 7-45 утра. В 8-00 сделана клизма, но без результата, тогда сделано промывание кишечника. Температура 36,4 день без особенностей, поставили клизму еще раз. Мочи было за сутки около 500–600 мл, в ней большое количество уробилина, следов белка, отдельных гиалиновых цилиндров со слоем почечного эпителия, единичные лейкоциты и ураты. Удельный вес 1014–1021.

Справка. Гедонал — снотворное средство. С середины 20-х годов прошлого века начали использовать как средство для наркоза.

28 июня 1923

[Удалено по этическим соображениям]. Мочился часто по 50–90 мл. В 10-30 поставили клизму. За этот день пациент мочился одиннадцать раз, моча насыщенная, общий объем 440 мл. Настроение сердитое, всех гонит от себя. В 24-00 заснул. В 11-30 сделано **выпрыскивание мышьяка** [написано рукой]. Принял таблетку веродигена.

Справка. Веродиген — препарат наперстянки, который не обладал побочным действием на ЖКТ. Показания такие же, как и при приеме дигиталиса.

29 июня 1923

Пациент проснулся в час ночи, началось сильное возбуждение, всех гонит, громко выкрикивает «ла-ла-ла, иди-иди, вези». Сделан холодный компресс на голову, который он сбросил. Стали отходить газы, положили грелку на живот, тоже сбросил. От питья отказывается, выплескивает все на пол, в таком виде возбуждение продолжается до утра. В 5-00 заснул и спал до 7-30. Сделана клизма, пульс 86. Пациента вынесли на террасу, где он спал до 15-30. Когда Владимир Ильич проснулся, то попил и заснул до 18-00. Настроение сонливое, объем мочи 600–700 мл. Возбуждения нет, лежит спокойно, пульс 96, температура 36,7. Заснул в 23-00.

30 июня 1923

Владимир Ильич проснулся в половине первого ночи, стонет, кишечник вздут, поставлена клизма с маслом. Пришлось прибегнуть к промыванию, после промывания сделана клизма с **2,0 HEDONALA** [написано большими буквами рукой]. В 1-30 началось сильное возбуждение, пациента начали возить, вывезли на террасу, где он заснул. В 4-30 перенесли его

в спальню, где он заснул в 5-00 и проспал до 6-00. Снова беспокоен, как бы стонет от боли, все время показывает на область желудка, мышцы живота напряжены, живот вздут, пульс 88, на живот положен теплый мешок. От еды и питья отказывается, в 11-00 сделано промывание кишечника, нисходящий отдел толстой кишки спастически сжат и болезнен, поставлена свечка с белладонной. В 16-00 дана таблетка веродигена. Владимир Ильич спокоен, в 20-30 заснул.

Моча — объем за сутки 1200, ее удельный вес 1018, кислая, белка 0,03 на 1000 индикан и уробилин резко выражены, 3–4 гиалиновых цилиндра с наслоениями почечного эпителия, одиночные лейкоциты, оксалаты в довольно значительном количестве, мочевиная кислота в незначительном количестве.

01 июля 1923

Владимир Ильич проснулся в час ночи, желает выйти на балкон, в 2-30 дан 2,0 NaBr, сделана клизма с маслом, в 11 часов утра была сделана вторая клизма с маслом и свечкой с белладонной. Владимир Ильич заснул в 12-45 и спал до 16-00. От упражнений сегодня отказался. В 19-00 повторно получил 0,3 хинина в порошке. В 20-00 пациент спокоен, принял две слабительных пилюли, лежит и ничего не хочет видеть. В 24-00 у него тоже состояние. Общее количество мочи 880 мл.

Комментарий. Не указано, когда пациенту дали первый хинин в этот день.

2 июля 1923

В виду бессонницы Владимиру Ильичу в час ночи дали NaBr 3,0. Он заснул в 2-30 и проспал до 10-30. В 11-00 по-

ставлена клизма с маслом и свечкой белладонны. В 14-40 дали хинин 0,3. В 16-30 у пациента температура 37,4, в 19-30 он пришел в возбужденное состояние. Характер возбуждения обычный. Дана вторая порция хинина 0,3. В 23-30 началось повторное возбуждение, дали 2,0 NaBr. К 24-00 пациент заснул. Сегодня никого не желал видеть и заниматься. Общее кол-во мочи 470 (не вся была собрана).

3 июля 1923

В этот день пациент проснулся в 7-00 утра, пульс 98. Сделали клизму. В 8-00 дали 0,3 хинина, в 10-00 пациент заснул и проспал до 13-00. После обеда дали 0,3 хинина, пациент спал с 14-0 до 17-00. Температура 37,5. В 19-15 опять дали 0,3 хинина. В 21-30 температура 37,4, принял 0,3 хинина. В 24-00 дали две пилюли слабительного и пациент заснул. Объем мочи 830 миллилитров, ее удельный вес 1013, остальное в анализе мочи так же, как и в предыдущем.

4 июля 1923

Пациент проснулся в 5-00. Поставили клизму в 9-30. Дали 0,6 хинина. С 10-00 пациент возбужден, все время говорит, но не громко. Что-то требует, но что, понять нельзя. В 13-00 принял 0,6 хинина. Тем не менее, в 14-00 температура 37,1, в 14-30 сделали масляную клизму и промывание. В 15-00 опять значительное возбуждение, встает, плачет, куда-то хочет идти, все время не громко говорит. В 15-30 пациенту дали 2,0 NaBr, после чего стал успокаиваться. В 16-00 температура 36,4, в 17-30 дали 0,6 хинина. В 21-00 больной заснул в кресле в ванной комнате.

5 июля 1923

Пациент проспал до 2-30 ночи, затем переведен в комнату, где спал, не просыпаясь до 5-00 часов утра и просыпаясь каждые тридцать минут до 9-00 утра. [Удалена информация по этическим соображениям]. С утра значительное психомоторное возбуждение с повторением обычных слов, в 10-30 дали 0,6 хинина. У пациента началось возбуждение по обычному сценарию — дали 2,0 NaBr с ложки, все время рукой ударяет по правой ноге. В 13-00 ему дали 0,6 хинина. Возбуждение несколько снизилось, правая стопа покраснела и несколько опухла. Наложены компрессы из боровской жидкости. В 14-30 впрыснули 0,02 пантопона, пациент начал успокаиваться. Все время беспокоится и успокаивается лишь, когда его возят по комнате справа налево, а не в обратном порядке. Вечером удалось померить температуру — 36,0. Пациент пытался идти босой, надел туфли лишь когда доктор Розанов этого потребовал. Взял фуражку и пытался надеть ее на правую ногу, но в конце концов одел её правильно. Моча вечерняя — щелочная, 1008, количество 280, белка 0,03 на 1000, уробилин, ясная реакция Эрлиха, отрицательная реакция на индол, аморфные фосфаты. В 22-00 несколько успокоился, но в 22-30 возбуждение усилилось. Пришлось посадить пациента на кресло, он все время держит фуражку на голове, которую надел в 21-00. Возбуждение еще усиливается, он крепко держит туфли в руках, затем ухватил одну туфлю зубами и не выпускал ее изо рта некоторое время. Резко отказывается от питья, в 23-00 дали 2,0 NaBr и две таблетки фенацетина.

Справка. Реакция Эрлиха — низко специфичная реакция, бывает при многих заболеваниях, протекающих с лихорадкой и приеме ряда препаратов, включая арсе-

нобензольную группу. Исходя из того, что реакция не только дала окрашивание, но и образовалась пена, описана как ясно положительная.

6 июля 1923

*Пациент заснул в полночь и проснулся в 4-00, сбросил с себя одеяло и спал до 10-00. Поставлена клизма, в 11-30 дали 0,6 хинина, пульс 92. Были врачи О. Ферстер, Ф.А. Геттье и В.П. Осипов, к которым Владимир Ильич отнесся приветливо и позволил себя осмотреть и исследовать, при этом смеялся продолжительным смехом. В 14-00 дали 0,6 хинина. Температура 36,4, вечер прошел спокойно, временами говорит слова «во-вот, да-да». Моча *idem*.*

7 июля 1923

Больной спал с 22-30 до 6-20. Сделана масляная клизма, в 7-30 переведен на диван, температура 36,8, дали 0,6 хинина, после чего опять спал с 7-45 до 9-30. Жалуется на живот, сделано промывание кишечника, поставлена свечка с белладонной. Затем спал около часа до 11-30, принимал врачей в обычной позе, закрыв простыней голову так, чтобы был виден только левый глаз. В 13-00 дали 0,6 хинина. Температура 37,2 в 14-30 и 37,4 в 16-30. У пациента вялость, от еды, питья и лекарств сегодня отказывался.

8 июля 1923

Пациент спал с полночи до 1-30, [удалена информация по этическим аспектам]. Затем спал с 4-00 до 7-00, и с 7-30 до 10-30, [опять удалено по этическим соображениям].

Дали олеум рицини 30,0, в 11-30 дали 0,6 хинина, с 12-30 до 13-00 пациента прослабило два раза. В 13-00 Владимиру Ильичу дали три столовые ложки красного вина и в 14-30 пять капель тинктуры опия, в 15-15 0,6 хинина. Больной дремлет до 17-00, пульс 102, температура 37,1. В 18-00 выпил три ложки красного вина, он вялый, моча та же, даже хуже, удельный вес 1023, реакция кислая. В 21-00 у Владимира Ильича температура 37,4, в 22-30 его прослабило, он стонет и беспокоится. В 23-15 дали пять капель опия.

Справка. Олеум рицини — касторовое масло.

9 июля 1923

Пациент спал спокойно до 9-00 с просыпанием в 5-00, температура 36,4. В 10-00 дали 0,6 хинина. В 15-00 поставили клизму и дали 0,6 хинина. В 18-00 были врачи, пациент смеялся, смех затяжной, кивал головой.

Получены результаты анализа мочи — она мутная, щелочная, удельный вес 1014, есть значительный осадок, мелкозернистый белок 0,03 на 1000, уробилин выражен слабо, форменные элементы резко изменены под влиянием разложения, аморфные фосфаты и карбонаты в большом количестве. Гиалиновые цилиндры 4–5 в препарате. Брали утреннюю и вечернюю мочу.

Получен анализ кала от 9 июля 1923. Реакция WEBER'a и GREGORSEN'a дали резко положительный результат. Уробилин слабо выражен, жиры в скудном количестве, соли жирных кислот в небольших количествах в виде глыбок, клетчатка в небольшом количестве. Слизи много, клетки кишечного эпителия в значительном количестве, гнойные тельца в слизи в большом количестве, эритроциты в небольшом кол-ве, масса разнообразных микробов.

Справка. Реакция WEBER'a — гваяковая проба на кровь в моче и кале. Реакция GREGORSEN'a — правильно читать «реакция Грегерсена», она позволяет выявить скрытую кровь в моче.

Комментарий. С 343 листа листы имеют рукописную нумерацию внизу, на нем пометка, что это 1 лист. Предположительно, что это первый день ведения дневника профессором В.П. Осиповым. Хотя ответственным за ведение он, как указано в начале дневников, он стал с 5 июля 1923.

10 июля 1923

Пациент проснулся в 4-00, [далее информация удалена по этическим соображениям], заснул опять в 4-30. Спал до 8-30, в 9-00 выпил две ложки олеум рицини, температура тела 36,0. В 10-00 принял 0,6 хинина, спал с 11-00 до 12-30. Врачей, даже Гетье, принял плохо, а когда врачи ушли, его настроение изменилось. Затем больной принял 0,6 хинина и с 16-00 до 16-30 спал. В 20-00 у него началось возбуждение, но оно скоро прошло и до 24-00 был спокоен. Заснул после 2,0 NaBr.

11 июля 1923

Пациент проснулся в 9-00, сделали масляную клизму, пульс 100-104, температура 36, он спокоен, принял 0,6 хинина. Затем спал с 11-00 до 13-00, после обеда спал около часа. В 17-00 температура 36,0. В 20-00, когда больной дремал, он вдруг резко открыл глаза. Он испуган, схватил руку санитаря, тяжело дышал и показывал на дверь. Когда подошел Гетье, Владимир Ильич переживал аффект страха, глаза широко открыты, дышит тяжело, потом были слезы. Понемногу он успокоился, когда Надежда Кон-

стантиновна и Мария Ильинична уверили его, что никого нет. В 20-30 поел и заснул, а в 22-30 проснулся и стал стонать, живот при ощупывании болезнен. На дежурную медсестру смотрит открытыми глазами, как бы не узнавая ее. Дали 2,0 брома.

12 июля 1923

В полночь у пациента снова началось возбуждение, по-видимому, галлюцинирует, у него мимика страха. Дали две таблетки сомнацетина. Затем пациент спал с 00-30 до 8-00 утра. Сделана клизма, пульс 84, температура 36,6. С 10-00 до 12-00 пациент спал, у него боли в животе, он вздут, на него положен пузырь с горячей водой. В 13-30 сделана клизма, поставлена свечка с белладонной и пузырь с горячей водой на живот. В 16-30 температура 37,2. Владимир Ильич спал с 17-00 до 23-00, затем проснулся.

13 июля 1923

В полночь пациент поел и лежал до четырех утра, затем заснул до 7-00. Температура 36,3, в 9-00 его вынесли на террасу, но врачей к себе он не подпускал. С 11-30 до 15-30 спал на воздухе, принял 0,6 хинина, в 19-00 заснул. После пробуждения спокоен, но не хочет, чтобы к нему входили. Температура 36,8. В 20-30 сидит на веранде, но врачей принимает не охотно. Был слегка возбужден с 23-00 до 24-00.

14 июля 1923

В 00 часов 15 минут пациент принял две столовых ложки NaBr, но не спал до утра. В 5-00 с поддержкой перешел на кушетку, где заснул и спал до 10-00. Температура 36,0,

сделана клизма, принял 0,6 хинина. Затем спал на террасе, настроение благодушное, повторял некоторые слова (мама), играл с котенком. В 17-30 дали 0,6 хинина. В 20-00 началось возбуждение, перешел в комнату дежурного врача. Обрадовался ванне, но просидел в ней только пять минут. Был в хорошем настроении, а когда перевели в спальню, началось резкое возбуждение. Владимир Ильич кричал, слезал с кровати, сбрасывал одеяло и кальсоны, видимо не желает оставаться в комнате, и успокоился, когда его перевели в комнату дежурного врача. Пациент принял две столовые ложки NaBr.

15 июля 1923

Пациент лежал спокойно до 2-15 ночи, затем уснул до 7-30. После пришел в очень возбужденное состояние, отталкивал всех, сам вставал, садился в кресло и передвигался. Успокоился только в комнате Надежды Константиновны. Около в девяти часов принял три столовые ложки NaBr. В 9-00 пациент плачет, в 9-30 дали **капель опия** [зачеркнуто, исправлено на йод] и 0,6 хинина. В 11-00 началось возбуждение, [далее удалено по этическим соображениям]. С 12-00 Владимир Ильич спокоен, перешел на балкон и лежал на кушетке, с 12-30 до 2-30 катался на кресле и сидел в парке, нашел три гриба, показал на них пальцем. Ел очень мало, спал с 15-45 до 18-15, затем перешел в комнату Надежды Константиновны. В 19-40 перешел с помощью в столовую, затем настоял, чтобы его еще раз отвели в парк, его отвели в нижнюю столовую на веранду, Владимир Ильич был, видимо, доволен. В столовой был до 21-45, очень охотно сидел за столом, живо реагировал на шутки. Затем охотно поднялся вверх, где по собственной инициативе был проведен в комнату

дежурного врача. Пациент недоволен клеенкой в постели, но когда её убрали, то успокоился.

16 июля 1923

Пациент спал до 8-00 утра. Дали 0,6 хинина и пять капель настойки йода, он сонлив, заснул в 11-30 и спал до 14-00. Затем была прогулка с 15-40 до 16-30 в парке. Во время прогулки сильно волновался и кричал громко «ола-ла». Дома стал купаться, оделся в теплый халат и накрылся одеялом, был очень доволен. Температура 35,6, принял 0,6 хинина и пять капель тинктура йода. Затем спал один час с 17-15, врачей Гетье и Ферстера видеть не захотел, отвернулся с гневной мимикой. В 20-45 настойку йода принять не захотел, после этого до 22-30 находился в комнате Надежды Константиновны, волновался. Затем спокойно перешел в комнату дежурного врача, где почти разделся, но потом оделся и вернулся в комнату Надежды Константиновны. Опять волновался, принял NaBr с трудом.

Получены анализы вечерних порции мочи за 14 и 15 июля. Удельный вес 1018–1021, цилиндров 1-3, много оксалатов. Слизь вдовольном количестве, [далее информация удалена по этическим соображениям]. Эпителий мочевыводящих путей в несколько увеличенном количестве цилиндрической формы, есть единичные эритроциты и слизь.

17 июля 1923

Пациент в полночь лег на кушетку в обратном направлении, а когда его хотели перенести на постель, перешел на кресло. Всю ночь провел в кресле, спокойно спал

до 8-00, затем перешел на постель в комнате Надежды Константиновны. Проснулся в 10-00, от клизмы отказался. Был осмотр доктора Ф.А. Гетье, которому хорошо подчинился. Поел в 11-00 и выехал на балкон. Пришел профессор В.П. Осипов, он приветливо дал ему левую руку, показывал на ногу. Доктор Ф.А. Гетье дал пациенту 0,6 хинина, затем он был в парке до 14-30. Очень доволен, хорошо заснул после этого, затем снова был в парке до вечера. Потом поужинал и лег в постель в 22-00.

18 июля 1923

Пациент заснул около 1-00 ночи и спал до 7-30 с перерывами. Дано 0,6 хинина, от настойки йода отказался. Он спокоен, в 9-30 выехал на террасу, затем в 10-30 в парк, там был в течении часа в очень хорошем настроении, кричал «ола-ла», аукался, снимался, находил грибы. В 14-00 принял 0,6 хинина, пять капель настойки йода. В 15-30 несколько возбужден. Затем катался по парку, он устал, у него легкое возбуждение. В 22-00 пациент заснул.

Моча от 16 вечер, 17 утро и вечер, от вечера 18 июля — *idem*.

19 июля 1923

Владимир Ильич спал до 7-30 в комнате дежурного врача, затем до 15-00 тихо сидел в комнате, пообедал, после катался по парку. Днем был доктор Доброгаев, он его не сразу узнал, так как доктор остригся, а узнав, отказался, замахав руками, чтобы тот удалился. В 20-30 Владимир Ильич настойчиво выразил желание кушать вместе со всеми и отказался есть с ложки, ел сам. В 22-30 лег в постель, заснул в полночь.

20 июля 1923

Пациент спал до начала 3-го часа, [далее по этическим соображениям удалена часть информации], волновался и заснул снова в 4-00. Спал до 6-45. Температура 35,4, дано 0,6 хинина и тинктура йода. Погулял в саду в начале 12-го, перешел в комнату Надежды Константиновны и около 12-00 заснул до 14-00. Пообедал, съел суп с двумя желтками, бутерброд с зернистой икрой, немного мозгов с бобами, блюдечко малины. Дали 0,6 хинина и тинктуру йода в 1/4 стакана кофе с молоком. Гулял потом в парке под дождем. После обеда спокойно спал в кресле. Ужинал со всеми на террасе, очень обрадовался брату Д.И. Ульянову.

Получены анализы мочи.

18 июля 1923, вечерняя. Удельный вес 1024, есть кристаллы фосфорной кислоты, шары мочекислового аммиака в довольно значительном количестве.

19 июля 1923, утренняя. Удельный вес 1025, есть оксалаты в большом количестве, много слизи. Вечерняя моча — 1011, гиалиновые цилиндры 1–2 в препарате.

20 июля 1923 утренняя — 1013, следы альбумозы, белок менее 0,03 на 1000..... (неразборчиво написано рукой) тельца в единичных экземплярах, слизь.

21 июля 1923

Владимир Ильич спал всю ночь. У него подавленное настроение, была прогулка. Занимался охотно письмом и упражнениями речи — «мама няня», повторял все гласные. С 10-30 до 13-30 гулял в парке, несколько вял, хотели посадить за общий стол внизу, начал громко кричать, приставив руку ко рту, как рупор. Отвели в комнату Надежды Константиновны, где он лег на постель, но скоро захотел в сад. Отвели на второй этаж флигеля, где жил

А.А. Преображенский, у которого он начал целовать руку и лег у него в комнате на кровать. В течении дня давали три раза по 0,3 хинина и настойку йода по 5 капель. Привычка прищуриваться, как заметил Ф.А. Гетье, с момента паралича пропала, а профессор В.П. Осипов считает, что она осталась и видна на спокойном лице. Пациента раздражает присутствие посторонних лиц. Заснул в 22-30.

22 июля 1923

Пациент проспал до 7-30. Умылся, полив воду на затылок и темя, чего раньше не было. Дали 0,45 хинина и пять капель настойки йода. В моче все тоже самое. Выражает желание остаться одному, приветливо встречает всех, но видимо доволен, когда тот уходит. Доктора Ф.А. Гетье встретил приветливо, дал сосчитать пульс, посмотреть ноги, на вопрос доволен ли, что увидел брата, весело улыбнулся и похлопал рукой по груди. С 11-30 до 14-00 и с 14-30 до 15-40 Владимир Ильич спит. Есть не захотел, несколько раздражен. При помощи санитары вышел из комнаты и его свели вниз, перевезли на закрытую террасу большого дома, а когда замешкались в дверях, стал сильно волноваться и колотить ногой о дверь. Когда был принесен обратно в комнату флигеля в 16-15, то успокоился. До 16-30 мочи всего 415 мл, часть утрачена, удалено по этическим соображениям. Последние дни тяготится, видимо, посещением врачей, в следствии чего врачи решили свести посещения к **минимум минимум** [написано рукой]. Второй прием 0,45 хинина, пяти капель настойки йода, температура последние два дня не измерялась из-за отрицательного отношения к этому со стороны больного. Вечером поужинал, настроение у пациента хорошее.

23 июля 1923

Пациент, как и предыдущие дни, отказывается от помощи сестер. Возбужден, никого к себе не пускает, в том числе и Надежду Константиновну, и Марию Ильиничну. С 9-45 до 11-20 катается по парку, когда пошел дождь, ему пришлось вернуться. Владимир Ильич побыл во флигеле, затем переведен на террасу, где все сидели. Приветливо со всеми поздоровался, улыбался, стал есть с видимым аппетитом. После обеда немного посидел со всеми и в 14-45 поехал гулять в парк до 18-00. После привезли во флигель, где лег на кровать. Принял приветливо Ф.А. Гетье, тот дал слабительные пилюли. Сегодня два раза за день принимал по 0,45 хинина и по пять капель настойки йода. Заснул в 21-00.

24 июля 1923

Владимир Ильич спал до 5 утра, затем показал знаками, чтобы его вывезли в парк. Пришел доктор Осипов и дал стаканчик с водой, пациент спросил «это хина?» и у него моментально появилась гневная мимика и возбужденные угрозы кулаком по адресу профессора. Когда доктор сказал, что он только спросил и он не собирается ни давать хину, ни смотреть язык, пациент сразу стал любезный и рассмеялся — два раза показал язык, который слегка обложен. Сам потребовал полоскание рта, показав на рот рукой и сделав несколько соответствующих движений. В 8-30 вывезли в парк, где долго возили по дорожкам. Надежда Константиновна хорошо остригла ногти, чем Владимир Ильич был очень доволен. Сегодня хорошо позавтракал. В 10-30 постригли машинкой бороду и волосы. Два раза давали 0,45 хинина и по пять капель настойки йода. Владимир Ильич спал с 17-00 до 18-00. В анализах

мочи от 23 утра и 24 вечера — при удельном весе 1025 солей в моче не оказалось.

25 июля 1923

Владимир Ильич спал очень хорошо до 7-30 утра, температура 36,6, утром дали 0,45 хинина и пять капель настойки йода. В 9-00 вывезли в сад. Пообедал со всеми с аппетитом, спал с 15-00 до 16-00, когда был доложен в присутствии В.А. Обуха. Отмечено, что Владимир Ильич возбужденный.

Затем поужинал и поспал до 20-00 вечера в комнате Надежды Константиновны.

С.М. Доброгаевым поставлен вопрос в форме записки, представленной и обсуждаемой на совещании врачей, пользующихся Владимиром Ильичем.

[371 страница подшита] (записка доктора Сергея Мартыновича Доброгаева):

«24 июля был возбужден доктором Доброгаевым вопрос о длительном перерыве его необходимости в рефлексорно-речевых упражнениях, которые Владимир Ильич охотно проделывал до 20-х чисел сего месяца, когда появилась резко отрицательная реакция ко всем упражнениям во всех праксисах, которые он ранее охотно проделывал. В настоящее время идет улучшение здоровья, но каждая попытка приводит к негативным реакциям с последующим депрессивным, частично возбужденным настроением после попыток. Имея ввиду, что улучшение общего состояния здоровья Владимира Ильича является главнейшей базой для развития работы по излечению афатических (афазических, корректура автора) расстройств и воспитанию у него речевых рефлексов, а также и то, что при настоящем состоянии здоровья больного более длительный пере-

рыв в упражнениях не может отразиться отрицательно на успехе дальнейшего лечения речи, когда такое лечение при соответствующем состоянии здоровья Владимиру Ильичу будет возобновлено, невольно возникает вопрос о своевременности прекращения попыток логопедической терапии [предложение не закончено]. Здесь вставлен лист на немецком языке от профессора О. Ферстера:

1/Im gegenwertigen augenblick sind Sprachubungen

beim Prasidenten wegen seinen Negativismus unmoglich, далее еще два предложения на немецком, где указано, что упражнения невозможны из-за негативного отношения господина Президента и каждая попытка опасна, так как вызывает у него возбуждение. Немецкий доктор рекомендует прервать занятия на несколько недель, делая предположение, что возможно, после перерыва возобновленные занятия будут более успешными.

Далее продолжается предложение из записки Доброгаева в настоящее время из-за негатива на полтора месяца. Попытки к речевым упражнениям только повредят развитию речевой терапии».

Слушали и обсуждали Гетье, Ферстер, Осипов.

25 июля 1923

Доложили вышеуказанное мнение профессору В.П. Осипову в присутствии профессора Розанова. Постановлено прекратить занятия на срок полтора-два месяца.

26 июля 1923

Владимир Ильич в 7-00 утра поел, принял 0,45 хинина и настойки йода, с 8-00 до 9-00 катался в парке, затем поставлена клизма, с 10-00 до 13-00 снова был в парке.

Пообедал, во время него Ф.А. Гетье обратил внимание, что впервые пациент сам поел с ложки. Во время обеда дали 0,45 хинина и тинктуры йода, потом опять гулял в парке. Когда во время прогулки в парке пациент увидел стоящих около грибов санитар, Надежду Константиновну и еще кого-то, то очень расстроился, на глазах появились слезы. Заснул в 22-00.

Моча 24 вечер, 25 утро, 26 утро — прежние результаты, появились следы альбумозы.

27 июля 1923

Спал до 6-00. Дали 0,45 хинина и 0,5 КJ. В 9-00 выехал на террасу, где задремал. Несколько сердится, когда его не понимают. Пообедал и ему дали повторно 0,45 хинина и 0,5КJ. В саду катался до 17-30, потом пил чай и опять катался в саду, делает попытки самостоятельно подняться по перилам на второй этаж. Анализы мочи за вечер 26 июля — 5–6 гиалиновых цилиндра, за утро 27-го — 6–8 гиалиновых цилиндра, вечерняя — 5–7 гиалиновых цилиндра.

28 июля 1923

Сегодня настроение у пациента хорошее, он сидел на улице у главного подъезда, ужинал со всеми, принял 0,5 КJ и в 21-00 заснул. В моче выявлена альбумоза и немного уробилина.

28 июля 1923

Пациент спал до 6-30, затем еще спал. Сегодня дождь. Произвольная речь ограничивается словами «ола-ла, вот-вот, что, иди, идите, утка, мама». Обозначение предме-

тов совершенно невозможно, легкие и односложные слова повторяет хорошо — «да, нет, папа, мама, няня, верно, спорт», более трудные слова повторяет плохо, иногда не удастся и повторение легких слов. Впечатление, что не связывает слова со смыслом. Некоторые буквы не повторяет, например, «д» как «н». Автоматической речи в смысле рядов нет. Списывание не удастся, с трудом пишет палочки, но проводит их не в определенном порядке, а случайно, чтение совершенно невозможно, утерян и понимание написанного. Обращенную к нему речь понимает, если говорить отчетливо и на более легкие темы. Понимает шутку, охотно смеется каждой шутке. Исследование не утомило — охотно и даже жадно все проделывал. По-видимому, был удовлетворен, когда объяснили, что настоящие упражнения впереди через 3-4 недели. Обедал за общим столом, посмеивался, что медленно подают обед. Пациент принял 0,45 хинина и 0,5 KJ. Вечером принял ванну 29 градусов, заснул в 19-45.

29 июля 1923

Сегодня пациент спал до 7-45, дали 0,45 хинина и 0,5 KJ. Владимир Ильич сегодня гулял до 12-30, затем хорошо пообедал, настроение прекрасное. Дал Осипову осмотреть парализованную руку. Принял 0,45 хинина и 0,5 KJ, после спал с 13-30 до 15-00. Затем гулял в парке и пил чай со всеми, выплевывал косточки вишни в стакан с чаем. Принимал участие в общей беседе. Пульс 84. С 17-00 до 18-00 Владимир Ильич снова гуляет, затем требует ручной ванны. Ему предложена общая ванна (так как там будет легче ноге и руке). Увидел доктора Ферстера, которого последнее время встречал недружелюбно, это не произвело на него впечатления. Заснул в 22-00.

Моча-28 вечер и 29 утро-следы альбумозы и присутствие йода.

30 июля 1923

*Владимир Ильич спал до 8-00, с часа ночи до 10 утра было мочи 915 мл, затем хорошо позавтракал, с 10-000 до 14-00 гулял, пообедал, потом опять гулял, придвинул себе чай с молоком сестры и выпил его. Ранее чай с молоком не пил, смеялся без причины, поужинал также хорошо. Приезжали **ортопедисты** [написано рукой] для снятия мерки сапога на правую ногу (для лечения контрактуры). За день принял три раза по 0,45 хинина и 0,5 КJ. Заснул в 20-15.*

Анализ вечерней мочи за 29 июля — йод в моче.

Приоров Николай Николаевич, 1885–1961, травматолог, ортопед, ассистировал на операции по удалению пули в 1922 доктору Борхарду. Приезжал к пациенту подбирать ортопедические сапоги. Основатель и бессменный руководитель Лечебно-протезного института, с 1940 года это Центральный институт травматологии и ортопедии, сегодня ФГУ «Центральный институт травматологии и ортопедии (ЦИТО) им. Н.Н. Приорова». Именно он отмечен в тексте как «ортопедист».

31 июля 1923

Владимир Ильич сегодня спал хорошо, проснулся в 6-00. У него прекрасное настроение, гулял до 12-00. Были врачи О. Ферстер и В.П. Осипов. Как только пациент увидел профессора О. Ферстера, сразу пришел в резко возбужденное состояние, грозил кулаком. У него гневная мимика, издавал нечленораздельные звуки, долго волновался после

его ухода, дрожал, вздыхал. Заснул в 21-45. Суточное количество мочи 1550 мл.

Комментарий. Пациент продолжает негативно относиться к доктору О. Ферстеру. Доктор Осипов не уделяет в дневнике внимания питанию пациента, очевидно, полагая, что перечисление блюд не несет большой смысловой нагрузки. Стиль ведения дневника стал более телеграфным: записи короче, больше сокращений. Ежедневные анализы мочи, начатые при В.В. Крамере, продолжаются. Особо следует отметить наличие йода в моче, что является прямым признаком йодизма. Тем не менее, препараты йода невозможно отменить, врачи лишь периодически сменяют один препарат на другой.

1 августа 1923

*Владимир Ильич проснулся в 8-30. Поставили клизму, которая подействовала средне. Настроение у пациента подавленное, он долго рассказывал жестами вчерашний инцидент с Ферстером Надежде Константиновне. Показывает четыре пальца **врачи?** [пометка рукой] и на больную руку, безнадежно машет головой. Принял 0,5 хинина и 0,5 KJ. Был консилиум Гетье, Ферстера и Осипова, на котором врачи решили хинин временно прекратить, KJ давать два раза по 0,75. Вместе с Обухом, Ферстером, Гетье и Осиповым решено уменьшить количество персонала и ограничить дежурство только ночным временем. При обсуждении так и решили. Заснул Владимир Ильич в 21-00.*

2 августа 1923

Сегодня спал до 6-30, снова заснул в 7-00, спал до 7-30. Поставлена клизма, принял 0,75 KJ. Занимался с Надеждой

Константиновной по азбуке, хорошо повторяет слова «рука, рот», понимает, что эти слова обозначают. Не отличает «у» от «а», хотя их повторяет. Значение слов не понимает, если они произнесены. Повторив «рот», сказал «кот». Повторил слово «нога». Заснул в 22-30.

В анализах мочи от 30 июля и 31 июля — обнаружен йод. Анализ мочи от 1 августа за утро — обнаружена альбумоза, гиалиновые цилиндры 6-8 в препарате, моча от 1 августа вечерняя — гиалиновые цилиндры 8-10, удельный вес 1020, есть оксалаты, от утра 2 августа — в моче йод, цилиндры 5-7, оксалаты в большом количестве.

3 августа 1923

Пациент спал не очень хорошо. Повторил до двадцати трех слов. В 10-30 показал, что желает ручную ванну. Уже большие недели не подпускает к клизме сестер. Принял два раза 0,75 KJ.

Анализ мочи за 2 и 3 августа утро — есть йод, цилиндры, их количество то больше, то меньше в связи с количеством солей.

4 августа 1923

Пациент сегодня принимал два раза по 0,5 KJ. Сон и аппетит у него удовлетворительный. Он сидел на балконе, когда начался ветер, его прикрыли. Пациент все сбросил и кричал. Анализы мочи за 4 августа утро и вечер хорошие.

5 августа 1923

Хорошо занимается с Надеждой Константиновной повторением слов, так сегодня повторил до сорока пяти

все старые, прижимая палец к губам показывает, видимо, что об этом не следует говорить, это подтверждается тем, что за обедом не произносит слов. Газету, попавшую в руки, держит правильно. КJ принимает аккуратно».

Комментарий. Это вся информация за весь день. Характерный пример смены стиля дневника — он становится менее содержательным и более кратким. Содержание данного периода дневника можно описать словами — «йод, стул, речь».

6 августа 1923

Обучение у пациента в связи с несколько утомлением проходит вяло, повторил шестнадцать новых слов, принял два раза по 0,75 КJ. Осипова и Гетье встретил любезно.

7 августа 1923

Моча от 4 вечер, 5 день, 5 вечер, 6 утро — дал прежние результаты, 6 вечер и 7 утро — солей нет, цилиндров меньше [подписано рукой]. Повторение слов идет очень хорошо, уже более 120 слов, в том числе «Москва», стул самостоятельный. Настроение хорошее.

8 августа 1923

Владимир Ильич сегодня повторил шестнадцать новых слов, включая «жажда», трехсложные слова у него не получаются. Настроение хорошее, во время прогулок напевает мотив. Принял 1,0 КJ. Анализы мочи за 7 августа и 8 утро хорошие.

9 августа 1923

Сон и аппетит у пациента хорошие. Он уже повторил двести слов односложных и двухсложных слов. Сегодня за день принял 0,3 хинина и 1,0 КJ два раза.

Хорошие анализы мочи за 8 августа вечер и 9 августа утро, есть по 2–3 и 3–4 гиалиновых цилиндра, соответственно, в поле препарата по каждому из анализов.

10 августа 1923

Пациент повторил уже двести пятьдесят слов. Повторил также весь алфавит, за исключением двух-трех букв, которые произнес неотчетливо. Сегодня за день принял 0,3 хинина и 1,0 КJ два раза. Стул самостоятельный, сон хороший. Два раза рассматривал газету по часу, затем захотел другую и очень обиделся, когда ему не дали.

11 августа 1923

Владимир Ильич слушал рассказ санитаря, реагировал некстати, расстроен. Сегодня принял 0,3 хинина и 1,0 КJ два раза. Моча за 10 августа вечер и утро 11 августа — меньше уробилина и солей, суточное количество 1800. Вечером принял слабительные пилюли. Сон и аппетит хорошие.

12 августа 1923

Пациент сегодня вялый, состояние среднее. Он показал, что надо не только повторять слова, но нужно и составлять их из букв. Принял два раза по 0,3 хинина и 1,0 КJ. В анализе мочи от вечера 12 августа и 13 августа за утро — отсутствие солей.

13 августа 1923

Пациент повторил триста слов, может произносить за Надеждой Константиновной все буквы алфавита. Иногда произносит созвучное слово, например, вместо «лететь» «летать». Сегодня за день принял 0,3 хинина и 1,0 КJ два раза. Утром пациенту обещали ванную вечером, вечером он сам вспомнил про нее и с удовольствием ее принял. Заканчивает прием четвертого флакона КJ.

14 августа 1923

В.А. Обух предложил 13 августа 1923 обсудить поездку в Крым в сентябре. Гетье, Ферстер и Осипов пришли к выводам с особым мнением Ферстера. Несомненно, наступило улучшение в Горках несмотря на дождливое лето. Крым еще более укрепит, но надо учесть, что это не должно быть против его воли, нервная система весьма возбудима, дорога, южный климат сам по себе возбуждает нервные натуры, новая обстановка, негативное отношение к катанию в автомобиле, возвращение в Москву в холодный климат также опасен для пациента».

[На 384 листе дневника написано то же самое внизу листа].

«Врачи, пользующие Владимира Ильича, считают своей обязанностью указать на все перечисленные условия, которые безусловно необходимо принять во внимание при решении вопроса о поездке, т.к. наличие этих условий сообщает поездке известную степень риска.

14 08 Ф. Гетье».

15 августа 1923

Владимир Ильич спал очень хорошо. Впервые поехали за пределы парка, раскланивался с крестьянами и ра-

бочими на стройке. [Часть информации за этот день удалена по этическим соображениям]. Лекарства все те же.

16 августа 1923

Владимир Ильич спал тринадцать часов, выглядит бодрым, у него самостоятельный стул. Впервые совершил прогулку на автомобиле, на котором его медленно провозили четыре версты, поездка заняла около часа, но большого удовольствия от нее не получил. Владимир Ильич утомился, он вялый, при складывании слова «тот» сказал «о», слово «кот» прочел правильно, но было ли это сознательное чтение, сказать сложно.

17 августа 1923

Владимир Ильич сегодня спал двенадцать часов, у него самостоятельный стул. Правильно повторил сорок слов, когда сказали «слово», повторил «масло». Повторяет слова с задержкой в несколько секунд. Начинает урок по собственной инициативе. Лекарства прежние.

18 августа 1923

Сегодня пациент спал хорошо, стул самостоятельный. Повторил пятьдесят слов, некоторые с последовательными согласными — «крик, Волга». Существует тенденция к спонтанному образованию слов с теми, которые он вслед повторяет, «Волга-Вологда», «кроха- крошка». По-прежнему, когда берет газету, пятнадцать-двадцать минут рассматривает ее, но, по-видимому, не понимает. Настроение хорошее, на предложение посмотреть на серп

месяца справа, смотрит вперед и говорит «вот-вот». Моча та же, лекарства те же.

19 августа 1923

Повторил уже около четырехсот слов, сегодня повторил семьдесят. Принимал вечером ручную ванну. С большим удовольствием отнесся к массажу парализованных конечностей, которые стал делать Попов Н.С. Моча — та же, лекарства — те же.

Попов Николай Семенович, 1895–1938, только что окончивший учебу на лечебном факультете МГУ молодой врач, ординатор клиники нервных болезней МГУ. В последующем заместитель директора НИИ мозга, расстрелян 29.05.1938. Реабилитирован в 1956 году.

20 августа 1923

Владимир Ильич впервые стал понимать трехсложные слова — «четыре, собака, массаж». Немного капризен, мочи последние дни 1150–1500 за сутки, лекарства те же.

21 августа 1923

Сегодня спал хорошо, у пациента недостаточное действие кишечника. Гулял, выглядит рассеянно. Владимир Ильич очень положительно к массажу руки, у него контрактура, межкостные мышцы несколько атрофичны. Принял за день 0,45 хинина и 1,0 KJ два раза.

22 августа 1923

Состояние пациента то же самое. Суммарно принял уже 46 грамм йодистого калия.

23 августа 1923

Сегодня пациент потребовал чтения телеграмм, когда Надежда Константиновна сказала, что запрещена политика. Владимир Ильич сильно разволновался. Повторение слов стало легче, сам спрашивает «кто» и «что». Лекарства сегодня не принял.

24 августа 1923

У Владимира Ильича сегодня изжога, прием йода временно решено прекратить. Суммарно принял около 50 грамм КJ. Сам произнес слова «йод» и «диета», понимание речи заметно увеличивается. Моча в норме.

25 августа 1923

Сегодня Владимир Ильич катался на автомобиле, повторяет трехсложные слова — «собака, машинка, партия, Россия», сам произнес — «Надя, рыжий».

26 августа 1923

Пациент много гулял, повторил слова «буржуй, товарищи, брошюра» и др. Сделана ручная ванна и массаж. Примерил ортопедическую обувь, сделаны перилла слева, почти сам смог подняться на второй этаж.

Комментарий. В усадьбе Горки Ленинские и по сей день можно видеть двусторонние перила на лестнице на второй этаж.

27 августа 1923

Владимир Ильич говорит «двенадцать, тринадцать», сам несколько раз поднялся наверх. Сделан массаж руки, принимает 0,45 хинина по два раза через день.

28 августа 1923

У пациента вялость и утомляемость, принял ванну и сделан массаж. Дали слабительное. В анализе мочи йода и солей нет уже с вечера 24 августа.

29 августа 1923

Владимир Ильич вялый, впервые глядя на картинку произнес слово «усы», затем «кот» и показал слово в тексте.

30 августа 1923

Сделана ручная ванна и массаж. Владимир Ильич совершил без интереса прогулку на автомобиле длительно — тридцать минут. Были упражнения речи, хорошо назвал пять предметов. В моче цилиндров, почечного эпителия и эритроцитов нет, ее удельный вес 1012.

31 августа 1923

Владимир Ильич шутил, отнял корзину с грибами у Марии Ильиничны и долго смеялся. Снимался по ее просьбе в разных группах, очень хорошо сошел с лестницы, был

от этого в восторге. Назвал ряд картинок с Надеждой Константиновной и, несомненно, начинает читать некоторые слова. Когда Надежда Константиновна показывает на ухо и рот, называет их правильно. Моча от 29 вечера и 30 утра — idem, снова появились цилиндры.

1 сентября 1923

Моча от вечера 30-го и 31-го утра idem. Кишечник работал два раза. У Владимира Ильича выражено возвращение привычек, особенно, к расположению книг. Бывает недоволен беспорядком в комнатах, через которые проходит. Повторял четырехсложные слова, например, «четыреста», часто трет лоб, не в состоянии вспомнить и произнести слово. Принял общую ванну, был недоволен, что не успели приготовить чистое белье, бросил рубашку, надел грязную. Выехал на балкон и тотчас вернулся обратно.

2 сентября 1923

Моча от 31 вечера и 1 сентября на утро — idem. Кишечник действовал хорошо. Появились подергивания в указательном пальце левой руки, что обеспокоило пациента. Он долго производил движения пальцами, чтобы убедиться, что пальцы хорошо действуют. Занимался с Надеждой Константиновной, дал исследовать пульс, его частота 92. Очевидно, подергивания связаны с чрезмерной нагрузкой — поднялся по лестнице.

3 сентября 1923

Владимир Ильич спал хорошо, у него хорошее настроение. Сегодня жаловался на изжогу, показывал на шею, видимо, жаловался на боль. Принял 0,5 фенацетина и 0,12 кофеи-

на. От йода категорически отказался, вылил содержимое на пол, бросил мензурку на диван, всходил и сходил по лестнице только до середины. Были Обух и Гетье. Решили убавить количество жиров (изжога), произносил слова «береза, рубашка, товарищ», по числу пальцев называл их количество, но не более четырех. Решено давать хинин через два раза.

4 сентября 1923

Моча, 1 сентября вечер, 2 сентября утро и 3 сентября утро — *идет*, только в двух последних кристаллы мочево́й кислоты. Спал Владимир Ильич несколько хуже, сделана ручная ванна и массаж руки и ноги. Узнав, что проф. В.П. Осипов и Н.С. Попов приехали из Москвы, а на столе нет ничего, делал знаки Надежде Константиновне, которые не поняли. Тогда он поехал к шкафу и с помощью санитара забрал оттуда все закуски и угощал ими. Легко повторяет трехсложные слова.

5 сентября 1923

Пассивных движений в правой ноге больше. Называет все количества пальцев на одной руке. Принял йодфортан два раза (йод 0,5).

6 сентября 1923

На этот день пациент суммарно повторил четыреста шестьдесят слов, сегодня сто слов, сделал только шесть ошибок. Принял йодфортан 0,5 x2 (йод 1,0). Анализы *идет*.

Врачи в этот день приняли решение:

продолжить йодистое лечение и по возможности довести КJ до 50 грамм, затем устроить перерыв и затем провести лечение снова,

хинин давать по надобности,

речевые упражнения, массаж и гимнастику руки и ноги продолжить,

следить за кишечником,

продолжить ручные ванны и делать один раз в неделю общую ванну,

рекомендуется делать упражнения в ходьбе, перейти к ходьбе с палкой.

В остальном симптоматическое лечение.

7 сентября 1923

Status idem. Действие кишечника удовлетворительное, пациент повторяет фразы из двух слов, где применяются картинки с рядом предметов, настроение у него вялое. Йодфортан 0,5 х 2. Моча от 6–7 сентября — idem.

8 сентября 1923

В моче пациента йод от вечера 5 сентября, кишечник действовал два раза, принял йодфортан по 0,5 два раза, требовал тишины во время ванны.

9 сентября 1923

Владимир Ильич принял два раза йодфортан 0,75, занимался с Надеждой Константиновной. Когда Мария Ильинична снимала его в саду, смеялся и строил гримасы. Моча за 7 сентября, вечер и утро — idem.

10 сентября 1923

Сделали ручную ванну, массаж. Владимир Ильич напевал «Интернационал». С письменными упражнениями справился с трудом. Надежде Константиновне рекомендовано на время прекратить занятия. Принял йодфортан 0,75 × 2.

11 сентября 1923

Анализы 8 сентября в 9 сентября ут 10 сентября ут *idem*. Отсутствие солей. Настроение удовлетворительное. Был один знакомый П, который минут 40 рассказывал о выставке. Владимир Ильич слушал с интересом. Много был на воздухе. **Йодфортан 0,725х2 (Йод1,5)** [подписано рукой].

Комментарий. Это весь объем дневника за этот день. Мнение автора — в выздоровление Владимира Ильича Ульянова никто из врачей не верит (тут нет понятия веры, это основано на множестве объективных критериев, учитываемых в клиническом мышлении врача). Кроме того, состояние больного такое, что писать особо и нечего, наиболее подходящее описание этого периода *status idem*, заметной динамики нет. Сжатый стиль языка дневника связан и с более деловым и скупым подходом ответственного за ведение дневника проф. Осипова В.П. Так для примера, дневник с 01 сентября 1923 до конца, т.е. до смерти 21 января 1924, почти за четыре месяца, когда ответственным за диктовку текста был В.П. Осипов, занял лишь 19 страниц текста, тогда как с начала болезни до 1 октября 1922 года, т.е. за три месяца, когда ответственный был доктор А.М. Кожевников, составил целых 97 страниц. Осипов активно использует сокращения, *ут* — это

утро, не использует упоминание пациента по имени отчеству, тогда как первый доктор, А.М. Кожевников, писал всегда Владимир Ильич.

12 сентября 1923

Состояние пациента хорошее, самостоятельно пользуется словами «да» и «нет», более двух часов катался на автомобиле. Принял 2,0 йода.

13 сентября 1923

Моча от утра и вечера 11 сентября, 12 сентября утро — idem. Получил два грамма йода. Во время ванны впервые посмотрел на часы. Около двух часов катался на авто, второй раз видел доктора В.В. Крамера, вел себя вежливо, но потом знаками показал, что посещения его не желает. Принял за день 2 грамма йода. Всего принято 12,0 грамм йода.

Комментарий. Имеется в виду, что пациентом уже принято двенадцать грамм препарата йода с момента принятия этого решения от 6 сентября 1923 лечащими врачами, профессором В.П. Осиповым и профессором О. Ферстером.

14 сентября 1923

Владимир Ильич принял сегодня два грамма йода. Занимался с Надеждой Константиновной повторением многосложных слов в ассоциации по сходству «лапа-нога», «коса — нож». Обнаружено недовольство посещениями доктора В.

Комментарий. Не понятно, кто из врачей имеется ввиду. Фамилия на «В» только у доктора Вейсброда, к которому, как отмечено ранее в дневнике у пациента было негативное отношение, но, скорее всего это доктор Василий Васильевич Крамер, так как именно его посещения отмечены в эти дни.

15 сентября 1923

Моча 14 утро — idem. Принял йод 2,0 грамма. По картинкам называет двадцать восемь предметов. Долго катался на автомобиле. [Подписано крупными буквами чернилами] ЙОД 2,0.

16 сентября 1923

Моча — idem. Владимир Ильич повторял очень сложные слова «стрельба, саботаж». Дали 2,0 грамма йода. Появилась привычка заниматься письмом по вечерам одному.

17 сентября 1923

Сегодня Обух, Осипов и Гетье решили прекратить давать пациенту хинин, временно. Решено продолжать ванну общую, прием двух граммов йода, решено обратить внимание на диету, в виду пополнения Владимира Ильича.

Комментарий: у пациента отмечен избыточный вес, что особенно заметно после потери веса, отмеченной ранее профессором Максом Нонне. Дневник используется для учета количества йода, принятого пациентом, что предполагает вероятность, что у врача нет другого документа для записей.

18 сентября 1923

Анализы мочи без изменений. Из картинок выбирает требуемые. Принял два грамма йода. Сегодня катался на автомобиле, стал повторять фразы «дай часы», «мы видели лису».

19 сентября 1923

Моча – idem. Принял йод, 2 грамма. Пациент повторяет фразы, иногда прибавляя к ним свои слова, есть парафазия. Увидел в газете распоряжения правительства, подписанные «Рыков, Горбунов, Фотиева». Говорил «раба, рыба», катался на автомобиле два с половиной часа, искал грибы с помощью санитаря.

20 сентября 1923

Дано 2 грамма йода. У Владимира Ильича есть зависимость настроения от успехов в речевых упражнениях.

21 сентября 1923

Дан йод 2,0. Настроение у пациента среднее, занимался в письме, но «с» писал отдельно от слова «нас». Иногда пишет зеркально.

22 сентября 1923

Дано 2,0 грамма йода. Пациент вслух назвал цифры до 20, написанные Надеждой Константиновной.

23 сентября 1923

Моча без изменений, принял йод 2,0 грамма, катался на автомобиле, меньше задевает ступеньки правой ногой.

24 сентября 1923

Сегодня пациент катался в лес на автомобиле, упражнялся в хождении с палкой, сам сказал «устал». В присутствии Надежды Константиновны, доктора Ф.А. Гетье, В.П. Осипова, В.А. Обухом предполагалось поставить вопрос о поездке в Крым. Надежда Константиновна считает, так как Владимир Ильич хорошо себя чувствует, но поездка его может вывести из равновесия, то поездка не желательна. Советование высказалось за нежелательность переезда в Москву и зима будет проведена в Горках. Йод 2,0.

Справка. Биохроника от 3, 17 и 24 сентября. «Ленина навещают заведующий Мосгорздравотделом В.А. Обух и врач Ф.А. Гетье».

25 сентября 1923

Анализы мочи 22 сентября ут и 23 сентября ут – idem. Йодф 1,0 x2. Настроение хорошее. Занятия с Надеждой Константиновной шли хорошо, сам произносил цифры, читал фразы из слов, поставленных в разном порядке. Йод 2,0» [подписано рукой].

26 сентября 1923

Дневник. «Моча – idem. Йодф 1,0 x 2. Делал попытку что-либо казать, но безуспешно. Йод 2,0» [написано рукой].

27 сентября 1923

Состояние то же самое, сегодня пациент увидел фамилию «Ленин» и интересовался, что пишут.

28 сентября 1923

В четыре часа [не понятно утро или вечер, прим. авт.] пациент почувствовал парестезии в левой руке. На вопрос не чувствует ли мурашек, ответил «вот-вот», стал перебирать пальцами, лицо перекосилось влево, глаза установились прямо и потеряли обычное выражение, из правого угла потекла густая слюна. Припадок длился секунд тридцать, потом был грустен, на вопрос кружится ли у него голова, отвечал удовлетворительно. Наблюдал доктор Попов. На лице и груди много акне, иные большие и болезненные. Пациент получил два грамма препарата йода.

Комментарий. В дневнике отражена гипоксическая атака (в основе механизм циркуляционной гипоксии, патофизиологическое описание того, что происходило в течении болезни пациента, поскольку, как бы это не называли врачи, паралич, псевдопаралич, ТИА, ПНМК, НМК, приступ, парез, транскортикальная афазия и т.д., т.к. в основе развития клинической симптоматики лежат конкретные механизмы.

Справка. Несмотря на то, что патогенез инфарктов мозга связан не с атеросклерозом, а с воспалением артерий, механизмы формирования самих инфарктов тот же. «Развитие инфаркта головного мозга складывается из двух последовательных стадий – ишемической (донекротической) и некротической. Ишемическая стадия инфаркта мозга характеризуется прогрессирующими дистрофическими и некротическими изменениями нервной ткани, которые имеют ряд биохимических, гистохимических и электронно-микроскопических признаков. К ним относится уменьшение количества гликогена в нейронах, глиальных клетках, снижение уровня РНК и ДНК, нарушение ионного состава клеток (выход

К⁺ и поступление Na⁺), повреждение ультраструктуры органелл в нейронах и в глиальных клетках (митохондрии теряют кристы, лизируются рибосомы и полисомы в цитоплазме ганглиозных клеток, исчезают фибриллы в фибриллообразующих астроцитах и т.д.) Происходит закисление среды и денатурация белков, которые приводят к гидратации нервной ткани». «Общая патология человека». Руководство для врачей под редакцией А.И. Струкова, В.В. Серова, Д.С. Саркисова, 1990).

29 сентября 1923

Настроение пациента хуже. Занимался, но меньше, чем обычно.

30 сентября 1923

Йод, суммарно 50,0.

Комментарий. Профессор В.П. Осипов продолжает использовать дневник для подсчета количества йода, принятого больным, что только подтверждает отсутствие медицинской документации в оперативном пользовании у лечащего врача. Сегодня профессор В.П. Осипов отметил, что пациент с 6 по 30 сентября получил суммарно 50 грамм препарата йода.

2 октября 1923

Моча без изменений. Суммарно пациентом принято 100 грамм йода. С перерывом в две недели, ввиду многочисленных акне, йод отменен. Чувствительность и сила в левой конечности не пострадали.

Комментарий. 100 грамм йода, указанные В.П. Осиповым, это количество за август-сентябрь 1923. Врач указывает на то, что причина акне йодизм.

3 октября 1923

Пациент написал под диктовку восемнадцать букв.

4 октября 1923

*Анализы мочи — *idet*, ночью пациента тошнило, научился писать еще четыре буквы, рекомендовано меньше писать.*

5 октября 1923

Пациент катался и собирал грибы, по собственной инициативе написал букву «з».

6 октября 1923

*Иногда вместо печатных букв Владимир Ильич пишет письменные, моча — *idet*.*

7 октября 1923

*За ужином пациента поташнивало. Ему жарко спать, пока истопник не выключил отопление, просил открыть окно. Моча — *idet*.*

8 октября 1923

Принял 0,45 хинина. Пациент чего-то долго добивается, но его не смогли понять. Надежда Константиновна соби-

ралась в Москву, хотел с ней поехать, но ему отказали, поэтому были слезы.

10 октября 1923

Анализы мочи — idem.

11–12 октября 1923

Моча та же. Каждый день катается на машине. Очень хороший результат от четырех таблеток 0,9 порошка жидкой камфоры.

13 октября 1923

В моче от 11 октября, ночной анализ — сахар 0,1% удельный вес 1025. Много букв пишет под диктовку.

14–15 октября 1923

Status idem.

16 октября 1923

В вечерней моче от 14.10 то же количество сахара. Занятия идут успешно, ряд букв пишет по диктовку.

17–18 октября 1923

В 15-30 В.П. Осипов зашел к пациенту, когда тот заканчивал обедать, тот сразу сжал руку в кулак, покраснел и начал громко кричать «вот-вот». Профессор быстро вышел. По-видимому, реакция связана с препятствием

профессора в поездке пациента в Москву. Поехал в Москву, когда хотели свернуть, показывал направление на Москву, в Кремле у него было радостное настроение.

19 октября 1923

Владимир Ильич вышел во двор Кремля, ездил мимо выставки, показал, что хочет вернуться в Горки и в 19-00 вернулись назад.

Справка. Вот, что сообщает официальная хроника про эти два дня: «Ленин выражает твердое намерение ехать в Москву. С ним едут Н.К. Крупская, М.И. Ульянова, проф. В.П. Осипов, начальник охраны в Горках П.П. Паканн и другие. По дороге к ним присоединяется проф. В.Н. Розанов, ехавший в Горки. При въезде в Москву (около 18 час.) Ленин снимает кепку и приветствует столицу. Приехав в Кремль, он поднимается в свою квартиру, отдыхает с дороги, сидя в кресле, затем осматривает всю квартиру, книжные шкафы». «Ленин отбирает ряд книг в своей библиотеке в Кремле, среди них три тома сочинений Г. Гегеля, произведения Г.В. Плеханова, собственные работы; разбирает свои тетрадки. Затем Ленин идет в помещение Совнаркома, заходит в свой кабинет. После обеда (около 14 час.) вновь направляется в Совнарком, проходит в зал заседаний. Ленин совершает прогулку во дворе Кремля, его приветствует отряд курсантов школы ВЦИК, занимающихся на площади. Около 15 час. Ленин выезжает на машине на прогулку по Москве в направлении Всероссийской сельскохозяйственной и кустарно-промышленной выставки, однако подробно осмотреть выставку не удалось из-за дождя. Около 16 час. 30 мин. Ленин вновь приезжает в Кремль, а затем возвращается (в 19 час.) в Горки, очень довольный поездкой».

20–21–22 октября 1923

В анализе мочи обнаружен сахар 0,2%. 21-го за обедом внезапно побледнел, приступ длился тридцать секунд. Врачи Ф.А. Гетье, В.П. Осипов, С.М. Доброгаев поставили подписи под обращением о том, что сообщения в газетах не соответствуют желаемому и возможности быстрого выздоровления В.И. Ульянова.

Комментарий. В эти же дни октября Н.А. Семашко, выступая на общегородском партийном собрании в Одессе, отвечая на вопросы о здоровье В.И. Ульянова, говорит: *«Речь его настолько улучшилась, что он почти свободно говорит.... Ильич рвется к работе. Однако нам приходится удерживать его от этого, так как мы чувствуем ответственность за его здоровье не только перед российским, но и мировым пролетариатом».* Об это говорит и биохроника за сентябрь того же года: *«Здоровье Ленина настолько улучшается, что врачи проф. О. Ферстер и С.М. Доброгаев выражают уверенность в постепенном восстановлении речи».* Об этом же: *«В связи с улучшением здоровья Ленина прекращаются дежурства медсестер».*

23–24–25–26–27–28 октября 1923

В анализе мочи от вечера 21-го есть сахар 0,1%. Занятия продолжаются. Вместе с хинином с 27 10 пациент получает 0,1 оксид цинка.

29–30 октября 1923

Неразборчиво написано несколько слов.

31 октября 1923

В анализах мочи с 23 по 31 четыре раза обнаружен сахар 0,1%.

Комментарий. Несколько дней октября 1923 года в дневнике нет записей. Много дней этого месяца, как и последующих, объединены одной короткой записью, так как писать особенно нечего.

1-2-3-4-5-6 ноября 1923

Status idem, за обедом было подергивание в левой руке.

7-8-9 ноября 1923

Status idem. Пациент сам произнес несколько фраз «дай перо, я пишу, хочу читать», вечером получил новые сапоги и упражнялся в ходьбе.

10-11 ноября 1923

Упражнения в ходьбе идут не слишком аккуратно из-за нежелания самого пациента, в анализах мочи изредка появляется сахар 0,1%.

12-13 ноября 1923

0,1% сахара в анализе мочи от 12.10.

14-27 ноября 1923

23 11 У пациента был легкий «петит маль» несколько секунд. 20 11 начались приемы йода и цинка, ходил без

поддержки по комнате при помощи палки. Йод с 25 11 отказался принимать.

28 ноября 1923

*Владимир Ильич ходит при посторонней помощи. Был консилиум Бехтерева, Гетье, Ферстера, Осипова, Крамера и Обуха. Академик Бехтерев предложил лечение вливаниями **неосальварсана**, чтобы была отвергнута..... [тут написано рукой и густо зачеркнуто]. Поставили йод и тонизирующие средства.*

Справка. Петит маль — Petit mal, термин, которым обозначают абсансы и некоторые формы сложных парциальных припадков, протекающих с потерей сознания без падения и судорог. Очевидно, идет речь о простом абсансе, под которым подразумевается кратковременная потеря сознания.

Комментарий. Записи в дневнике становятся не просто краткими, а фактически минимальными пометками. Официальные источники публикуют данные, не соответствующие как ухудшающемуся здоровью пациента, так и негативному прогнозу его заболевания.

С 29 ноября по 12 декабря 1923 записей нет.

12 декабря 1923

Сегодня занятия шли вяло, не было опорожнения кишечника.

13 декабря 1923

*Йодистое лечение ведется неаккуратно, так как Пациент далеко не всегда принимает **капсюли** (капсулы, прим. Авт.).*

20 декабря 1923

Около 15-00 был легкий припадок, сопровождавшийся помутнением сознания и усилением контрактур на правой руке. От КJ пришлось отказаться, так как пациента тошнит и даже были рвоты, хотя йод дают после еды.

21–25 декабря 1923

Status idem. Пиллюли с вечера не принял, вялое действие кишечника.

26 декабря 1923

Утром пациент принял две пиллюли, после того как Надежда Константиновна сказала, что запоры плохо отражаются на занятиях.

Справка. Биохроника за этот день сообщает, что «Ленин обсуждает с проф. О. Ферстером дальнейший режим своего лечения».

Комментарий. На основании клинической картины болезни, довольно подробно отраженной в дневнике, указанное событие, отмеченное в биохронике, невозможно, по мнению автора, в силу грубых интеллектуально-мнестических нарушений, стойкой сенсорной и моторной афазии у пациента. Официальная хроника вводит в заблуждение читателей в части состояния здоровья Ленина.

27 декабря 1923

*Пациент принимает йодфортан (0,25 × 2) ввиду выяснившейся непереносимости калия йодата. Желательно довести прием йода до двух грамм **pro die** [подписано*

рукой], сделать перерыв после 25-50 грамм. Иметь ввиду цинка оксид, как слабительное 0,25. «Выяснить вопрос, не появились ли препараты висмута, которые можно было бы применить помимо внутривенных вливаний (Ферстер, Осипов, Фельдберг)».

Фельдберг Давид Владимирович, 1873–1942, логопед, замещающий доктора Доброгаева. Декан факультета дефектологии Института дошкольного образования, который входил в систему Психоневрологической академии, возглавляемой В. М. Бехтеревым.

Справка. Pro die — латинском «на день»

Комментарий. Указано, что врачи интересуются «появились ли препараты висмута, которые можно вводить не в вену», которых еще не было в применении на данный отрезок времени как в РСФСР, так и странах Западной Европы.

Впервые автор обнаружил упоминание о таком препарате в монографии «Курс фармакологии» от 1929 года: «Количество препаратов висмута для лечения сифилиса теперь очень большое: русские препараты: биохиноль — 10%-ная взвесь соединений висмута, йода и хинина, бисмутогви — близок к треполю, 10%-ная взвесь; далее *Bisupsen-Heuyden* маслянная взвесь основного салицилово-кислого висмута; *Bismutho-Yatren* — А для внутривенного и В- для внутримышечного применения....». Там же: «Висмут является сильным ядом: при введении неосаждающихся в белковой среде препаратов наблюдаются весьма сильные клонические и тетанические судороги».

В дневнике отсутствует много дней в начале месяца и второй декаде декабря. Итог 1923 года — у пациента

выраженные когнитивные нарушения, прогноз течения болезни уверенно негативный.

28–31 декабря 1923

Status idem. Пациент все время принимает йодфортан 1,0. Большие дать не удастся. Принято суммарно 16,0. У пациента было головокружение. Подробные протоколы занятий ведутся Фельдбергом.

Комментарий. В тексте упомянут документ, который вел или вели логопеды В.И. Ульянова. У автора нет доступа к этому документу.

С 1 января по 12 января 1924 года записей нет.

13–14 января 1924

В 14-15 минут у Владимира Ильича была парестезия левой конечности, которой он начал делать движения, глазные щели широко раскрылись, зрачки не были расширены, язык при открывании рта несколько повернут вправо, текла слюна, сознание было помутнено три минуты.

15 января 1924

Сегодня было совещание, на котором были доктора Ф.А. Гетье, В.П. Осипов, О. Ферстер, Д.В. Фельдберг, В.А. Обух и В.В. Крамер. Последний просил, чтобы в силу сердечных припадков у него, его заменили на полтора-два месяца. Ф.А. Гетье предложил обращаться к нему, затем к профессору Кролю.

*«Врачи пользующие Владимира Ильича не раз отмечали и считают необходимым указать, что в следствии отрицательного отношения больного к лечебным мероприятиям в следствии **повышенной чувствительности** его организма к ряду лекарств веществ и существующего у него отрицательного отношения к врачам вообще — не удастся использовать в надлежащей степени все лечебные мероприятия, которые врачи находят полезными и существенными, поэтому, они вынуждены ограничиться применением лишь некоторых средств в небольших дозах и профилактическими мерами».*

Кроль Михаил Борисович, 1879–1939, невропатолог, профессор, работал под руководством Минора Л.С. на Высших женских курсах (в 1930 переименованы во 2-й ММИ). В последующем с 1932 года заведующий кафедрой нервных болезней 2-го Московского медицинского института, директор клиники нервных болезней Всесоюзного института экспериментальной медицины и директор клинического сектора этого же института.

16 января 1924

Пациент провел день в лесу на охоте.

17–19 января 1924

Анализ мочи от 16.01 — 1028, сахар 0,1%. Н.С. Попов сообщил, что у пациента в глазах скопления конъюнктивального отделения. Ночь провел тревожно. Принял йодофортан 20,0.

20 января 1924

Надежда Константиновна снова заявила, что Владимир Ильич, по её мнению, плохо видит. У него частые отрыжки, плохо прожевывает пищу за завтраком, сидел на балконе до 12-00. Пациент чесал глаза, у него акне, сильная отрыжка, язык обложен. Н.С. Попов доложил в 15-00, что пациент посинел лицом, был припадок, Ферстер нашел только покрасневшее лицо. Дано олеум рицини в 16-30. Авербах в 20-00 не нашел ничего не нормального — главное дно без особенностей, мышечный аппарат тоже, поле зрения в пределах нормы. Температура 36,6, [далее удалено по этическим соображениям].

21 января 1924

В 10-30 утра обильное действие кишечника, заснул и спал до 14-00. Проснулся и снова заснул в 16-00. Были вызваны врачи Ферстер и Осипов. У пациента пульс 86, он спокоен, живот вздут. В 17-15 доктор Ферстер отметил, что ничего нового. В 17-30 дыхание участилось, температура 37, пульс 90, дыхание прерывистое, неравномерное. В 18-00 была рвота, у пациента коматозное состояние с тоническим напряжением мускулатуры, особенно справа, затем появились клонические подергивания справа. У Владимира Ильича СТЕРТОРОЗНОЕ(ШУМНОЕ) дыхание, его частота 36 в минуту, началось скрипение зубами, было несколько приступов рвоты. В 18-30 появилась слюна, окрашенная кровью, обнаружен прикус языка. Зрачки умеренно расширены слабая реакция роговицы, явлений конте не наблюдалось. Постепенное ослабление сухожильных явлений, пульс 90, дыхание 36, правильное. Стерторозные явления исчезли, напряжения в левых конечностях нет, спра-

ва умеренное активные движения головы, открытые глаза, 2-3 глубоких вдоха, состояние заканчивающегося эпилептического приступа. В 18-45 в левой подкрыльцовой ямке 42,3. Затем внезапный прилив к голове до багровой окраски лица, внезапная остановка дыхания в 18-50. Голова откинулась назад, бледность покрыла лицо. Тотчас искусственное дыхание и олеум камфори 2,0. Продолжалось искусственное дыхание 30 минут безрезультатно. Такая гиперемия продолжалась 1 мин и сменилась мертвенной бледностью.

Статус летали в 18-50 установлен профессорами Ферстером, Осиповым и Елистратовым».

Форма №2

Подшито и пронумеровано

410 (прописью) листов

12 июля 1955 (прописью)

Должность научн. сотрудник группы

Особого хранения (прописью)

Подпись Е. Голубева (прописью)

РАПОРТ П.П. ПАКАЛНА

«Доношу, что 21 января с. г. состояние здоровья Владимира Ильича ухудшилось. Встал Владимир Ильич в 10 1/2 часов утра, сходил в уборную, во второй этаж, к утреннему завтраку не сошел, выпил в верхней столовой 1/2 стакана черного кофе и в 11 часов лег спать. В 3 часа Владимиру Ильичу был подан слабый обед, бульон и 1/2 стакана кофе, состояние было вялое, сонное, около Владимира Ильича был профессор Осипов. Пульс был част несколько, но хорошего наполнения, температура нормальная до 5 часов 40 минут. От 5 часов 40 минут начался припадок, сопровождавшийся тошнотой, про-

должавшийся до смерти, и в 6 часов 50 минут Владимир Ильич скончался».

Начальник специальной охраны Пакалн.

РЦХИДНИ, ф. 16, оп. 2, д. 39, л 42-32. Автограф [].

Акт и бюллетень.

Вашему вниманию представлены два документа, созданные в один день, 22 января 1924 года. Несмотря на разные объемы документов, их структуру, задачи и адресное назначение, базовым отличием их является отсутствие подписи доктор Ф.А. Гетье на первом, где говорится о этиологии болезни пациента, и присутствие этой подписи на втором документе, где говорится о непосредственной причине смерти, но ничего не говорится об этиологии патологического процесса. Таким образом, есть все основания полагать, что лечащий доктор семьи Ульяновых Федор Александрович Гетье, был согласен со вторым документом, что подтверждается его подписью и не согласен с первым документом, о чем свидетельствует отсутствие такой подписи. В итоге нам остается несогласие первого главного врача Солдатенковской больницы с заключением, в котором говорится о несуществующем в истории медицины диагнозе атеросклероза от износа.

АКТ

Патолого-анатомического вскрытия тела Владимира Ильича Ульянова (Ленина).

Производили вскрытие 22 января 1924 г.

Начато вскрытия в 11-40, закончено в 14-50.

Комментарий: в акте, который был опубликован в журнале «Кентавр» в выпуске за ноябрь-декабрь 1992 года,

сотрудниками ЦПА (РЦХИДНИ) указано другое время: начало вскрытия 11-10 минут и окончание 3 часа 50 минут. Т.е. вскрытие длилось 4 часа 30 минут, что намного дольше, чем указано в опубликованной для населения версии. Так как авторы использовали подлинник [Ф.16, оп. 2, д.42], то это более точно указанное время. Это на взгляд только подтверждает, что у комиссии были какие-то спорные вопросы или затруднения.

Вскрытие производил проф. Абрикосов, А. И., в присутствии проф. Ферстера, О., проф. Осипова, В. П., проф. Дешина, А. А., проф. Вейсброда, Б. С., проф. Бунака, В. В., д-ра Гетье, Ф. А., д-ра Елистратова, П. И., д-ра Розанова, В. Н., д-ра Обуха, В. А. и Народного Комиссара Здоровоохранения РСФСР Семашко, Н. А.

Наружный осмотр.

Труп пожилого мужчины правильного телосложения, удовлетворительного питания. На коже передней поверхности груди замечаются небольшие пигментные пятна (аспе). В задних частях туловища и конечностей ясно выраженные трупные гипостазы. На коже в области переднего конца правой ключицы заметен линейный рубец около 2 см. в длину. На наружной поверхности левой плечевой области имеется еще один рубец неправильных очертаний, размером 2 x 1 см. На коже спины над углом левой лопатки заметен кругловатый рубец около 1 см. в диаметре.

Трупное окоченение мышц выражено очень ясно.

Со стороны левой плечевой кости на границе ее нижней и средней трети ощущивается утолщение кости (костная мозоль). Выше этого места у заднего края дельтовидной мышцы в глубине ощущается плотное

кругловатое тело. На разрезе этого места на границе между подкожножировым слоем и тканью дельтовидной мышцы найдена деформированная пуля, окруженная соединительно-тканной оболочкой.

Внутренний осмотр.

Покровы черепа не изменены. При снятии черепной крышки замечается плотное спяние твердой мозговой оболочки с внутренней поверхностью кости, главным образом, по ходу продольного синуса. Внешняя поверхность твердой мозговой оболочки тускла, бледна, причем в левой височной и частью лобной области замечается пигментация ее, желтоватого оттенка. Передняя часть левого полушария представляется несколько запавшей по сравнению с соответствующим отделом правого полушария. Продольный синус содержит небольшое количество жидкой крови. Внутренняя поверхность твердой мозговой оболочки гладкая, влажно-блестящая, отделяется от подлежащей мягкой мозговой оболочки легко, кроме частей, ближайших к сагиттальной борозде, где имеются сращения в местах выбухания Пахионовых грануляций. Твердая мозговая оболочка основания черепа без особых изменений; синусы основания содержат жидкую кровь.

Головной мозг. Вес без твердой мозговой оболочки, непосредственно после вынута 1340 грамм. В левом полушарии мозга: 1) в области прецентральных извилин, 2) в области теменной и затылочной долей, 3) в области *fissura paracentralis* и 4) в области височных извилин замечаются участки сильного западения поверхности мозга. В правом полушарии на границе затылочной и теменной долей замечаются также два рядом лежащие участка западения поверхности мозга.

Мягкая мозговая оболочка полушарий мозга над выше-описанными участками западений представляется мутной, белесоватой, местами с желтоватым оттенком.

Кое-где над бороздами и вне участков западений замечаются белесоватые места, в области которых мягкая мозговая оболочка плотна и на разрезе оказывается утолщенной.

Сосуды основания мозга. Обе *arteriae vertebrales*, а также *arteria basilaris* утолщены, не спадаются; **стенки их плотны, неравномерно утолщены, белесоватого, местами с желтым оттенком, цвета.** Просвет их на разрезе местами сильно сужен до размера небольшой щели. Такие же изменения заметны и со стороны ветвей артерий (*a. a. cerebri posteriores*). Внутренние сонные артерии, а также передние артерии мозга точно так же представляются плотным, со стенкой, неравномерно утолщенной, и просветом, местами значительно суженным. Левая внутренняя сонная артерия в ее внутричерепной части просвета не имеет и на разрезе **представляется в виде сплошного плотного белесоватого тяжа.** Левая Сильвиева артерия очень тонка, уплотнена, но на разрезе сохраняет небольшой щелевидный просвет.

На разрезе верхнего червячка мозжечка изменения мозговой ткани его не замечается.

Четвертый желудочек свободен от какого-либо патологического содержимого.

При разрезе мозга отмечается, что желудочки мозга, в особенности левый из них, расширены и содержат прозрачную жидкость.

В вышеозначенных местах западений мозга замечаются очаги размягчения ткани его желтоватого цвета с образованием многочисленных кистовидных полостей, выполненных мутноватой жидкостью. Очаги размягче-

ния захватывают как белое, так и серое вещества мозга. В остальных отделах мозга ткань его влажна и бледна. Сосудистое сплетение, покрывающее четверохолмие, полнокровно, и в нем замечаются очаги свежего кровоизлияния.

При вскрытии покровов тела замечается хорошее развитие подкожно-жирового слоя. Мышечная система развита в достаточной степени. Мышечная ткань обычного темно-красного цвета.

Положение органов брюшной полости правильное, за исключением слепой кишки, которая лежит несколько выше нормы. Сальник, брыжейки богаты жиром. Диафрагма справа на уровне 4 ребра, слева на уровне 4 межреберья. В полости правой плевры замечаются фиброзные синехии в области верхушки легкого. В области левой плевры такие же синехии в области нижней доли между нею и диафрагмой. В полости сердечной сорочки патологических скоплений не замечается; средостение без особых изменений.

Сердце. Размеры: поперечный 11 см., продольный 9 см., толщина 7 см. Поверхность эпикарда гладка и блестяща; под эпикардом, главным образом в области правого желудочка, порядочное скопление жиру. Полулунные заслонки аорты несколько утолщены у их основания. Со стороны двустворчатого клапана замечается некоторое утолщение по краю его замыкания и белесоватые непрозрачные бляшки на передней заслонке. Клапаны правого сердца без особых изменений. На внутренней поверхности восходящей аорты небольшое количество выбухающих желтоватых бляшек. Толщина стенки левого желудочка N, правого N. Венечные артерии на разрезе зияют; стенки их сильно уплотнены и утолщены, просвет ясно сужен.

На внутренней поверхности нисходящей аорты, а также и на внутренней поверхности, вообще, более крупных артерий брюшной полости замечаются многочисленные, сильно выбухающие желтоватые бляшки, часть которых находится в состоянии изъязвления и некротификации.

Легкие. Правое обычных размеров и конфигурации всюду мягкой, воздушной консистенции. На разрезе ткань легкого полнокровна и выделяет пенистую жидкость. В верхушке легкого замечается небольшой втянутый рубец. Левое легкое обычных размеров и конфигурации, всюду мягкой консистенции. В задне-нижней части верхней доли имеется рубец, проникающий с поверхности на расстояние 1 см. в глубь ткани легкого. В верхушке легкого небольшое фиброзное утолщение плевры.

Селезенка несколько увеличена и на разрезе умеренно полнокровна. Печень. Размеры и форма печени обычные. Край левой доли несколько заострен. Поверхность — гладкая. На разрезе — слабая степень так называемой мускатности. Желчный пузырь и протоки без особых изменений.

Желудок пуст. Полость его спавшаяся. На слизистой оболочке — хорошо выраженные и обычно расположенные складки. Со стороны кишечника никаких особых явлений не отмечается.

Почки обычных размеров. Рисунок ткани их отчетливый; корковое вещество хорошо отличается от медуллярного. Ткань в состоянии умеренного кровенаполнения. Капсула снимается легко. Поверхность почки гладкая за исключением небольших районов, где замечаются неглубокие западения поверхности. Просветы ветвей почечных артерий на разрезе зияют.

Поджелудочная железа обычного размера. На разрезе ее никаких особых изменений не отмечается.

Железы внутренней секреции.

Придаток мозга без особых изменений.

Надпочечники несколько меньших, чем в норме, размеров, особенно левый из них, корковое вещество богато липоидами, медуллярное пигментировано в буроватый цвет.

Анатомический диагноз.

Распространенный артериосклероз артерий с резко выраженным поражением артерий головного мозга.

Артериосклероз нисходящей части аорты.

Гипертрофия левого желудочка сердца.

Множественные очаги желтого размягчения (на почве склероза сосудов) в левом полушарии головного мозга в периоде рассасывания и превращения в кисты.

Свежее кровоизлияние в сосудистое сплетение мозга над четверохолмием.

Костная мозоль левой плечевой кости.

Инкапсулированная пуля в мягких тканях верхней части; левого плеча.

Заключение.

Основой болезни умершего является распространенный артериосклероз сосудов на почве преждевременного их изнашивания (*Abnutzungssclerose*). Вследствие сужения просветов артерий мозга и нарушения его питания от недостаточного потока крови наступали очаговые размягчения ткани мозга, объясняющие все предшествовавшие симптомы болезни (параличи, расстройства речи).

Непосредственной причиной смерти явилось: 1) усиление нарушения кровообращения в головном мозгу и 2)

кровоизлияние в мягкую мозговую оболочку в области четверохолмия.

Горки, 22 января 1924 года.

Проф. А.И. Абрикосов.

Проф. Ферстер

Б. Вейсброд

Д-р. В. Обух

Д-р Елистратов

Д-р. В. Розанов

Н. Семашко

Проф. В. Осипов

Проф. В. Бунак

Проф. А. Дешин

А теперь давайте обратим внимание на другой документ, созданный в тот же день.

БЮЛЛЕТЕНЬ.

21-го января в состоянии здоровья Владимира Ильича ЛЕНИНА внезапно произошло резкое ухудшение: в 5 1\2 ч. Дня дыхание стало прерывистым, наступило бессознательное состояние, появились общие судороги, и в 6 ч. 50 м. Владимир Ильич скончался при явлениях паралича дыхательного центра.

Произведенное 22-го января в 2 часа дня вскрытие тела обнаружило резкие изменения кровеносных сосудов головного мозга и свежее кровоизлияние мягкой мозговой оболочки в области четверохолмия, что послужило ближайшей причиной смерти.

Professor Foerster

Профессор В. Осипов

Профессор А.И. Абрикосов.

Профессор А.А. Дешин

*Профессор В.В. Бунак
Доктор Ф.А. Гетье
Доктор П. Елистратов
Доктор В. Розанов
Доктор Обух
Доктор Вейсброт
Наркомздрав Н. Семашко*

*Горки, близ Москвы,
22 января 1924 г.*

Комментарий. Прошу обратить внимание, что эти документы отличаются в части подписавших, а именно отсутствием одной подписи на первом документе: Федор Александрович Гетье, доктор семьи Ульяновых, не подписал акт патологоанатомического заключения (тогда это звучало как «патолого-анатомическое заключение») и подписал бюллетень. Это говорит о несогласии врача с заключительной частью акта, где в качестве причины основы болезни указывается несуществующее заболевание.

Комментарии к статье Н.А. Семашко «Что дало вскрытие тела Владимира Ильича»

На многие годы, фактически на все годы пока существовал СССР, была принята официальная версия болезни и смерти пациента №1, герра Президента как называл его лечащий врач Отфрид Ферстер, В.И. Ульянова, которую выразил Нарком здравоохранения Н.А. Семашко в своей статье:

«Посмертное вскрытие всегда является экзаменом для лечащих врачей. Все клиницисты обыкновенно по-

баиваются вскрытия, которое обнаруживает въявь то, что раньше только предполагалось; патологоанатома обыкновенно называют судьей, «суперарбитром» клиницистов.

Вскрытие тела Владимира Ильича подтвердило в точности те предположения, которые делали врачи при жизни, разве только с одной поправкой: болезненный процесс пошел гораздо дальше, чем предполагалось раньше.

Основой болезни Владимира Ильича считали затвердение стенок сосудов (артериосклероз). Вскрытие подтвердило, что это была основная причина болезни и смерти Владимира Ильича. Основная артерия, которая питает, примерно, 3/4 всего мозга — «внутренняя сонная артерия» (art. carotis interna), при самом входе в череп оказалась настолько затверделой, что стенки ее при поперечном перерезе не спадались, значительно закрывали просвет, а в некоторых местах настолько были пропитаны известью, что пинцетом ударяли по ним, как по кости.

Если уже основная артерия, при самом своем выходе в череп, так изменилась, то становится понятным, каково было питание всего мозга, и каково было состояние других мозговых артерий, ее веточек: они тоже были поражены, одни большие, другие меньшие.....Например, **отдельные веточки артерий**, питающие особенно важные центры движения, речи, в левом полушарии, оказались настолько измененными, что представляли собою **не трубочки, а шнурки; стенки настолько утолстились, что закрыли совсем просвет**. Перебирали каждую артерию, которую клиницисты предполагали измененной, и находили ее или совсем непропускавшей кровь, или едва пропускавшей.

На всем левом полушарии мозга оказались «кисты», т.е. размягченные участки мозга; закупоренные сосуды не доставляли к этим участкам крови, питание их нарушалось, происходило размягчение и распадение мозговой ткани.

Такая же киста констатирована была и в правом полушарии.

Склероз обнаружен был и в некоторых других органах: в нисходящей части аорты, на клапанах сердца, отчасти в печени; но степень развития склероза этих органов не могла идти (орфографическая ошибка, пометка автора) ни в какое сравнение с развитием склероза в артериях мозга; в мозгу он пошел гораздо дальше, вплоть до об'извествления сосудов.

Отчего получился этот склероз?

Прежде всего почва для него подготовила наследственность: отец Владимира Ильича погиб тоже от склероза и, примерно, в возрасте Владимира Ильича; мать, хотя и дожила до глубокой старости, но тоже болела склерозом. Таким образом, почва для заболевания (ибо склонность к склерозу передается по наследству) была подготовлена.

Но гораздо большую роль сыграли не наследственные, а «приобретенные» причины: склероз поразил прежде всего мозг, т.е. тот орган, который выполнял самую напряженную работу за всю жизнь Владимира Ильича; болезнь поражает обыкновенно «наиболее уязвимое место» (*locus minoris resistentiae*), таким «уязвимым» местом у Владимира Ильича был головной мозг; он постоянно, был в напряженной работе, он систематически переутомлялся, вся напряженная деятельность и все волнения ударили прежде всего по мозгу.

Самый характер склероза определен в “протоколе вскрытия, как, *«Abnutzungssclerose»*, т.е. **склероз изнашивания**, отработки, использования сосудов.

Этим констатированием протокол кладет конец всем предположениям (да и болтовне), которые делались при жизни Владимира Ильича у нас и за границей относительно характера заболевания. Характер артериосклероза теперь ясен и запечатлен в протоколе: *«Abnutzungssclerose»*.

Отсюда же понятна и безуспешность лечения: ничто не может восстановить пластичности стенки сосудов, особенно, если она дошла уже до степени об’извествления, до каменного состояния; не пять и не десять лет, очевидно, этим болел Владимир Ильич, не обращая должного внимания в начале болезни, когда ее легче было задержать, если не устранить. И когда артерии, одна за другой, отказывались работать, превращаясь в **шнурки**, нельзя было ничего поделать: они «отработались», «износились», «использовались», претерпели *Abnutzung*. С такими сосудами мозга жить нельзя. И все клиницисты во время вскрытия удивлялись лишь силе интеллекта Владимира Ильича, который мог с такими поражениями мозга, с западающим левым полушарием, читать газеты, интересоваться событиями, организовывать охоту и т.д. «Другие пациенты — говорили врачи, — с такими поражениями мозга бывают совершенно неспособны ни к какой умственной работе».

Кровоизлияние в «четверохолмие», которое послужило ближайшей причиной смерти, является, таким образом, не больше, как капель, переполнившей расстройство кровообращения в головном мозгу, толчком, нарушившим и без того неустойчивое равновесие. Кровяное напряжение в мозгу достигло крайней степени, и излив-

шаяся из лопнувшего (опять-таки вследствие перерождения стенок) сосуда кровь привела к непосредственному смертельному исходу.

Таким образом, вскрытие тела Владимира Ильича констатировало «*Abnutzungssclerose*», как основную причину болезни и смерти; оно показало, что нечеловеческая умственная работа, жизнь в постоянных волнениях и непрерывном беспокойстве привели нашего вождя к преждевременной смерти».

Для точности патологоанатомической картины, приведу здесь фрагмент акта вскрытия, выполненное профессором А.И. Абрикосовым и подписанное десятью членами комиссии: *«Головной мозг. Вес без твердой мозговой оболочки, непосредственно после вынута 1340 грамм. В левом полушарии мозга: 1) в области прецентральных извилин, 2) в области теменной и затылочной долей, 3) в области fissura paracentralis и 4) в области височных извилин замечаются участки сильного западения поверхности мозга. В правом полушарии на границе затылочной и теменной долей замечаются также два рядом лежащие участка западения поверхности мозга. Мягкая мозговая оболочка полушарий мозга над вышеописанными участками западений представляется мутной, белесоватой, местами с желтоватым оттенком. Кое-где над бороздами и вне участков западений замечаются белесоватые места, в области которых мягкая мозговая оболочка плотна и на разрезе оказывается утолщенной. Сосуды основания мозга. Обе arteriae vertebrales, а также arteria basilaris утолщены, не спадаются; стенки их плотны, неравномерно утолщены, белесоватого, местами с желтым оттенком, цвета. Просвет их*

на разрезе местами **сильно сужен до размера небольшой щели**. Такие же изменения заметны и со стороны ветвей артерий (*a. a. cerebri posteriores*). **Внутренние сонные артерии, а также передние артерии мозга точно так же представляются плотным, со стенкой, неравномерно утолщенной, и просветом, местами значительно суженным**. Левая внутренняя сонная артерия в ее внутричерепной части просвета не имеет и на разрезе **представляется в виде сплошного плотного белесоватого тяжа**. Левая Сильвиева артерия очень тонка, уплотнена, но на разрезе сохраняет небольшой щелевидный просвет».

Проведем анализ словами самих патологоанатомов, последовательно упомяну их в историческом развитии патологоанатомической мысли М.Н. Никифорова, А.И. Абрикосова и И.В. Давыдовского — первое, полностью **отсутствует описание жировых отложений в сосудах головного мозга**.

Профессор А.И. Абрикосов, в монографии под его редакцией «Сифилис нервной системы», 1927 год, раздел «Патологическая анатомия сифилиса центральной нервной системы». Глава 3. Васкулярный сифилис центральной нервной системы. На странице 22 Алексей Иванович пишет: «При дифференциальной диагностики вышеуказанных *arteriitisluetica* от артериосклеротических процессов существуют следующие отличительные признаки, дающие в некоторой степени определять люэтическую природу процесса. Во-первых, при сифилисе изменения наступают в относительно молодом возрасте. Во-вторых, при сифилисе часто поражаются отдельные участки сосудов при совершенной интактности сосудистой системы вообще. В-третьих, отмечается тенденция к облитерации и фиброзному превращению

при отсутствии склонности к атероматозному распаду и петрификации. Затем часто **заболевший участок сосуда превращается в белый твердый шнур** с эксцентрично расположенным просветом сосуда. В-четвертых, гистологическим признаком служит существенное участие адвенции при сифилисе. Наконец должны быть приняты во внимание и прочие признаки проявления сифилиса в организме».

И.В. Давыдовский: «Сифилис сосудов головного мозга характеризуется специфическими изменениями типа облитерирующего эндартериита, как крупных артерий (форма Гейбнера), например, сильвиевой, основной, так и мелких веточек (форма Ниссля-Альцгеймера). Изменения крупных артерий обычно бывают изолированными, т.е. обычно охватывают весьма ограниченный участок сосуда, превращая его в **вермишелеобразный белый, плотный, едва проходимый или совершенно облитерированный шнур**. Следствием таких изменений является прогрессирующее малокровие, атрофия или размягчение соответствующих участков мозга, особенно при острой закупорке тромбом.

Реже развиваются аневризмы. В частности, многие аневризмы основной артерии имеют сифилитическую этиологию. Кровоизлияния, наблюдаемые при разрыве аневризм, происходят в оболочки, полость черепа, вещество мозга в зависимости от места развития аневризмы». Там же: «Макроскопически отмечают **сильное помутнение или желатинообразность мозговых оболочек, местами желтые плотноватые участки творожистого превращения экссудата, а также беловатые поля склероза**».

Патологоанатом М.Н. Никифоров, проректор Московского университета, учитель А.И. Абрикосова

в учебнике «Основы патологической анатомии», изданном в 1913 году, пишет: «Сифилис мозга *наичаще* начинается с оболочек и располагается на основании мозга. Процесс состоит в образовании инфильтратов и грануляционной ткани, появляющейся сначала вокруг сосудов, затем в окружающей ткани, в следствии чего мозговые оболочки утолщаются и превращаются сначала в серо-розоватого цвета, а затем творожистую желтого цвета массу.

Одновременно с инфильтрацией около сосудистой ткани происходит сильное разрастание внутренней оболочки и сужение просвета кровеносных сосудов.....».

Профессор П.В. Никольский, сифилидолог: «Дальнейшие изменения пораженного сосуда состоят или в образовании рубцовой ткани, причем весь сосуд может превратиться в **фиброзный шнур**, или в гиалиновом перерождении. Наичаще заболевают сосуды основания мозга (*a. basilaris*, ***a. fossae Sylvii***). Изменение просвета сосуда вначале выражается сужением, а затем образованием тромба и полным закрытием просвета. Инфильтрированные и разрыхленные стенки сосудов могут разрываться, обуславливая кровоизлияния. Из общих признаков, отличающих сифилитическое поражение сосудов от других заболеваний, можно указать лишь на гнездность поражения по длине сосуда отдельными островками и на инфильтрацию, начинающуюся в самых стенках сосуда, без всякого участия в процессе окружающей ткани. **Отличием от артериосклероза служит: 1) отсутствие жирового перерождения и обызвествления, столь характерных для артериосклероза, и 2) частое поражение *adventitiae*, несвойственное артериосклерозу. Неподатливость стенок склерозированных сосудов,**

сужение и закупорка сосудов ведут к ишемии и последовательному размягчению мозга. В инфильтрированных и утративших эластичность стенках сосудов иногда образуются **аневризмы и разрывы, ведущие к кровоизлияниям**».

Нонне пишет в 1921 году: *«Die syphilitische Meningitis ist entweder — dies ist selten — auf Konvexität und Basis des Hirns ziemlich gleichmäßig verbreitet, oder sie ist mehr lokalisiert. Oppenheim sah in einem Fall „das ganze Gebiet der Konvexität über den Stirnlappen und den Zentralwindungen in dieser Weise erkrankt..... Auch im Gebiet der Art. fossae Sylvii breitet sich die Meningealaffektion besonders häufig aus».* Как видно из текста ведущего специалиста Европы по нейросифилису, опять указание на поражение силвиевой борозды.

А вот как выглядит уже сам атеросклероз в описании самого главного патофизиолога и патоморфолога в истории атеросклероза, Н.Н. Аничкова: *«Уже макроскопически удастся заметить, что атеросклеротические бляшки представляют собой ограниченные утолщения внутренней оболочки артерий. Бляшки, так же как и липоидные пятна, первоначально образуются около устьев артерий, отходящих от какого-либо крупного ствола, например, в аорте — около устьев артерий, отходящих от дуги, межреберных артерий и т.д. При резком развитии атеросклероза количество бляшек становится очень большим, они частью сливаются друг с другом и придают внутренней поверхности пораженных артерий на большом **протяжении грубо бугристый вид, причем плотные утолщения беспорядочно усеяны очагами липоидных отложений, атероматозными язвами, известковыми пластинками и отложениями тромботических масс**».*

Три великих патологоанатома описывают в своих учебниках **вермишелеподобные шнуры, аневризмы и характерные изменения мозговых оболочек при васкулярной форме нейросифилиса**. В приведенном описании атеросклероза Н.Н. Аничков показывает, как, в свою очередь, выглядит атеросклеротическое поражение, что не совпадает, конечно, с тем, что мы читаем в акте патологоанатомического заключения от 22 января 1924 года.

«Наиболее типичным выражением атеросклероза с патологоанатомической точки зрения служат очаговые соединительнотканые утолщения артерий на местах липоидных отложений — так называемые атеросклеротические бляшки. Они имеют разнообразную величину и форму, ровные, хорошо ограниченные края, серовато-белый или желтоватый цвет. Бляшки то большие, то меньшие выдаются над поверхностью интимы. В глубине бляшек заметны просвечивающие сквозь поверхность желтые массы (отложения липоидов). Эти отложения еще лучше при разрезе бляшек и представляют собой подобие кашицеобразной массы («атерома»). Поверхность атеросклеротических очагов местами образует изъязвления; атеросклеротические язвы наполнены липоидными массами; с просвета сосуда они обычно прикрыты тромбами. Вокруг атеросклеротических бляшек обычно расположены липоидные пятна; эти пятна в большинстве случаев обнаруживаются и в других участках сосудистой стенки, не содержащих атеросклеротических бляшек». А.Л. Мясников. Лучше не скажешь.

О кальцинозе, о котором часто говорят коллеги, упоминая данный клинический случай. Да, действительно, это частое явление на поздних стадиях раз-

вития атеросклероза, но он тоже должен сочетаться с липоидозом.

«Между липоидными инфильтратами и атеросклеротическими бляшками имеются всевозможные переходы (Н.Н. Аничков), обнаруживаются и картины образования из плоских липоидных пятен более возвышенных очагов, заполняющихся фиброзной тканью, оттесняющей липоидные массы в глубокие свои слои».

Таким образом, мне представляется абсолютно ненадежным шагом на пути понимания причин болезни В.И. Ульянова учитывать высказывания любых администраторов здравоохранения, включая наркомов, политических деятелей СССР, несомненно, поставленных в жесткие рамки ограничения свободы слова.

Один из самых известных и заслуженных неврологов современности академик Николай Николаевич Яхно, когда я его спросил, ну как же так получилось, что нашими выдающимися коллегами написан такой странный патологоанатомический диагноз, ответил мне: «Коллега, ну это же не мы с вами писали». Этот диагноз написан самим временем, по-другому, очевидно, уже было невозможно, уже сам режим жесточайшим образом начал писать новую историю новой страны. И эта история болезни, и этот диагноз, одни из шагов на этом пути «красного проекта».

Вот мнение выдающегося философа современности К.Р. Поппера, обосновывающую возможную гносеологическую позицию по данному вопросу. *«С той точки зрения, которую мы здесь выработали, мы должны отвергнуть как совершенно неосновательную любую субъективистскую эпистемологию, предлагающую выбирать в качестве исходного пункта то, что представляется ей не вызывающим никаких сомнений, а именно наши «пря-*

мые» или «непрямые» переживания. Конечно, эти переживания в общем хороши и успешны, но они не являются ни «прямыми», ни «непосредственными», ни «абсолютно надежными».

Можно оставить в истории медицины несуществующий диагноз «абнютцунгсклерозе», который, по мнению автора, был согласован или выдан гражданскому обществу самим Политбюро, и исходил, конечно, не от врачей, и уж никак не от основателя отечественной школы патологической анатомии, великого учителя и исследователя, академика А.И. Абрикосова.

Можно только дискутировать, как бы выглядел бы точный клинический диагноз пациента В.И. Ульянова в исполнении его врачей и консультантов из первой четверти прошлого века, но это существенно сегодня уже ничего не меняет в нашем понимании данного клинического случая. И каждый коллега, прочитавший эту книгу, сегодня может ответить сам на вопрос наркома «что же дало вскрытие пациента В.И. Ульянова».

Авторские выводы данного научного историко-медицинского исследования

Клиническая часть (как ее понимали лечащие врачи пациента)

- В рамках клинического мышления 20-х годов прошлого века лечащие врачи, неврологи, психиатры и специалисты по нейролужсу, рассматривали манифестацию, клиническую картину, стадии и их временные рамки заболевания у пациента В.И. Ульянова как менинго-васкулярную форму сифилиса головного мозга

- На тот временной период диагноз от разных врачей того времени мог звучать как: сифилитический процесс головного мозга

го мозга, *lues cerebri*, сифилитический псевдопаралич, ложная параличическая или псевдопараличическая форма сифилитического психоза, что не играло какой-либо значимой роли. Точка зрения В.П. Осипова о возможной форме болезни: *«Приведенные разновидности имеют различные оттенки и часто дают смешанные картины, затрудняющие их обособление, что, впрочем, и не слишком важно, при условии распознавания основного заболевания»*

- Мнение профессора В.В. Крамера в самом начале дневника: *«Явление транскортикальной моторной афазии на почве.....»* с пропущенным местом, где стоит восемь точек (вместо 8 букв, которых нет) возможно, по мнению автора, дополнить словами «васкулярного сифилиса», «*lues cerebri*» или скорее всего просто «*lues*»

- Отсутствующие 8 букв, это вероятнее всего, слово «сифилиса», слова артериосклероз и атеросклероз, физически невозможно уместить в данный промежуток между имеющимся текстом

- Дифференциальный диагноз течения дисциркуляторной энцефалопатии атеросклеротической природы с развитием сосудистой деменции и менинго-васкулярного сифилиса не составлял особых трудностей для русских врачей школы А.Я. Кожевникова, участвующих в консультациях пациента В.И. Ульянова

- Диагноз пациенту поставлен В.В. Крамером 28 мая 1922 года, подтвержден Г.И. Россолимо 29 мая 1922 года. *«Утром во время консультации, тут в скобках подписаны мелким почерком фамилии врачей- Россолимо, Крамер, Гетье, Кожевников, Семашко, зрачки равномерны, реакция живая. Парез правого n. facialis. Язык не отклоняется. Апраксия в правой руке и небольшой парез*

в ней. Правосторонняя гемианопсия (??). Справа на ноге пальцевой рефлекс(?). Двухсторонний Бабинский, затушеванный в следствии сильной защитной реакции. Двухсторонний совершенно ясный Оррепheit. Речь не ясная дизартричная с явлениями амнестической афазии (все отмечено пр. Г.И. Россолимо)». Несмотря на отсутствие диагноза в дневнике, который нельзя отнести к медицинским документам установленного образца, назначение пациенту врача, специалиста по нейросифилису, приват-доцента А.М. Кожевникова, проведение люмбальной пункции на РВ, прием препаратов йода, мази ртути и введение арсенобензольного препарата, как и сама характерная клиническая картина, указывают, что мнение врачей было единодушным — неврастеническая форма (стадия) болезни перешла в псевдопаралитическую

- Диагноз в данной форме подтвержден зарубежными коллегами, что видно при наложении клинической картины, отраженной в дневнике, на мнение иностранных врачей, отраженное в официальной биохронике В.И. Ульянова от 21 марта 1923 года, где консилиум в лице зарубежных специалистов Нонне, Бумке, Хеншена и фон Штрюмпеля признает, что лечение (использование препаратов арсенобензольного ряда, ртути и йода) с начала заболевания и до данного момента, которое проводили врачи Кожевников, Крамер и Ферстер было правильным, т.е. соответствует клинической картине. Также ими подтверждена менинго-васкулярная форма болезни: «болезнь Владимира Ильича... имеет в своей основе заболевание соответственных кровеносных сосудов. Признавая правильным применявшееся до сих пор лечение, консилиум находит, что болезнь эта, судя по течению и данным объективного обследо-

ния, принадлежит к числу тех, при которых возможно почти полное восстановление здоровья». Тем самым, одновременно, консилиум исключает атеросклероз, который имеет прогрессирующее течение и исключает полное восстановление здоровья, и наоборот, при излечении указанного выше заболевания в редких случаях действительно возможно было почти полное восстановление. Одновременно врачи фиксируют свою точку зрения, что это вероятнее не прогрессирующий паралич, о котором мы тоже могли бы думать по данной картине (при отсутствии точного анамнеза), так по мнению одного из основателей научной сифилидологии Жана Альфреда Фурнье *«сифилитическое поражение головного мозга весьма близко напоминает прогрессирующий паралич»*

- Согласно мнению Л.С. Минора поздняя диагностика заболевания сыграла значимую роль в быстром развитии болезни: *«Крайне серьезное значение в смысле быстроты развития болезни может иметь несвоевременное распознавание пред-паралитической нейрастении»*

- Атеросклероз у данного пациента соответствовал возрасту, врачи на протяжении дневника, несколько раз отмечают, что у пациента нет ни повышенного давления, ни атеросклероза, у него мягкие сосуды шеи

- За время ведения дневника отмечено около тридцати различных по тяжести апоплектоидных приступов, зачастую с симптомами раздражения мозговых оболочек, что характерно для менинго-васкулярной формы нейролюэса

- Никогда и нигде в дневнике не звучат слова артериосклероз и атеросклероз, на который указывали и указывают ряд историков, не имеющие медицинского образования. Например, в начале дневника 28 мая 1922 года

«Мнение В.В. Крамера. Явление транскортикальной моторной афазии на почве.....»», т.е. доктор оставил место, там пробел и нет слов «артериосклероза», «атеросклероза» или «атероматоза»

- Диагноз наследственного (врожденный) люэса у пациента В.И. Ульянова его лечащие врачи, по мнению автора, не рассматривали, так как данное заболевание нарушало развитие центральной нервной системы ребенка, что сказывалось на его обучении. Такие дети, даже если рождались на вид здоровыми, затем резко отставали в своем умственном развитии. Признаков врожденного сифилиса не видно ни в анамнезе пациента, как в детстве, так и в последующей его взрослой жизни, так и ни у кого из его сибсов

- Темы роли ранения пациента, как и отравления пули «дум-дум» любым ядом этиологически, патогенетически не состоятельны согласно клинической картины, отраженной в записях лечащих врачей

- Отягощение клинической картины могли спровоцировать «сверхнагрузки» у пациента, которые были ему противопоказаны. В практике врачей того времени было принято давать рекомендации таким больным избегать психических и физических перенапряжений, что несомненно было сделано

- Лечение данного пациента соответствовало стандартам лечения нейролюэса в 1920-х годах, принятым как в СССР, так и странах Западной Европы, и включало применение препаратов арсенобензольного ряда, препаратов ртути, висмута и йода

- Малярия, или как ее тогда называли болотная лихорадка, которой болел ранее пациент, могла сыграть роль неблагоприятного фактора в течении его болезни. Fournier писал в 1899 году: *«малярийная инфекция вле-*

чет за собой появление «дурных» форм сифилиса, а также развитие ранних тяжелых форм»

- Однотипная реакция в виде транзиторных ишемических атак с ухудшением клинической картины у пациента на введение препарата арсенобензолного ряда позволяет автору использовать термин «арсеникоз»

- Дифференциальный диагноз с болезнью Альцгеймера не проводился в силу ясности картины

- О CADASIL, CARASIL синдромах врачи того времени не знали

- О возможности облитерирующего эндартериита Хойбнера без сифилиса впервые коротко упоминается патологоанатомом И.В. Давыдовским в 1956 году: *«Следует, впрочем, иметь в виду также возможность возникновения гейбнеровских картин эндартериита в результате организации тромба без всякого сифилиса»*. Встречаемость сифилиса в популяции в те годы было никак не менее 5%, встречаемость CADASIL сегодня около 1–2 случая на 100.000 населения. Вероятность данного диагноза также ничтожно мала в силу несколько другой клиники у данного заболевания

- Макс Нонне пишет в своей монографии 1924 года выпуска: *«Fournier fand unter 223 Beobachtungen vaskulärer Lues den Beginn bereits im ersten Jahr 25 mal, im zweiten 26 mal, im dritten Jahr 39 mal; die ersten 3–5 Jahre stellten das Maximum der Fälle»* (Фурнье, наблюдая за 223 пациентами, обнаружил у них начало сосудистого сифилиса мозга в первый год 25 случаях, на втором году болезни у 26 пациентов, на третьем году 39 раз; первые 3–5 лет были максимальными. Перевод автора). При этом Нонне рядом описывает клинический случай васкулярного нейросифилиса, который возник через 64 года после заражения.

На основании отсутствия данных о первичном заражении и отсутствии анамнеза в части данного заболевания не представляется возможным точно установить полную историю болезни, что никак не отражается на выводах автора о том, что и как лечили лечащие врачи пациента Ульянова.

Патологоанатомические и судебно-медицинские итоги

- Причина смерти пациента — кровоизлияние в четверохолмие, что типично для менинго-васкулярной формы заболевания, когда эндартериит сочетается с истончением стенок сосудов и формированием аневризм

- А.И. Абрикосов: *«Другая форма сифилиса артерий, обозначаемая как сифилитический облитерирующий артериит (Heubner), отличается более распространенным поражением артериальной сети органа, чаще всего мозга. Основой этого типа поражения артерий является разрастание внутренней оболочки сосудов, причем никаких специфических для сифилиса в сосудах может не наблюдаться...»*. В данном случае Гейбнеровский (Хойбнеровский) сифилитический артериит наиболее вероятная патоморфологическая форма болезни пациента

- «Erst vor kurzem (1919) hat A. Jakob in einem Referat festgestellt, daß eine Endarteriitis der kleinen Gefäße im Zentralnervensystem auch durch Metallgifte hervorgerufen wird, namentlich durch Blei und Arsen (Bonfiglio, „Encephalitis productiva“), durch subdurale und intrazerebrale Einverleibung von Neo-Salvarsan bei Affen (Marburg).....» (М. Нонне (1861–1959), ведущий специалист Европы по нейросифилису на момент болезни пациента, пишет, что лишь в 1919 году было выяснено,

что эндартериит мелких сосудов центральной нервной системы можно вызвать мышьяком путем субдурального введения обезьянам неосальварсана. Краткий перевод автора)

- Со времени опубликования в 1874 году работы Хойбнера «Dieluetische Erkrankung der Hirnarterien» (Люэс сосудов мозга) врачам стало известно, что сифилис нервной системы сопровождается поражением сосудов и отличие васкулярного сифилиса мозга от атеросклероза заключается в его более локальном характере в сравнении более общей распространенностью артериосклероза

- При дифференциальной диагностике сифилиса сосудов от атеросклероза при первом страдании *«отмечается тенденция к облитерации и фиброзному превращению (в инуры, ремарка автора) при отсутствии склонности атероматозному распаду и петрификации»* (Глава Васкулярный сифилис центральной нервной системы. Доктор В.Т. Талалаев (ассистент профессора А.И. Абрикосова, ремарка автора). Монография «Сифилис головного мозга» под редакцией А.И. Абрикосова, 1927 год)

- Использованный в патологоанатомическом акте термин «артериосклероз» соответствует современному пониманию понятия «атеросклероз». Современный термин был введен Маршан(д)ом в 1904 году, но еще долгое время, практически до середины XX века термин артериосклероз имел хождение в клинической среде при обозначении атеросклероза

- Атеросклероз у В.И. Ульянова соответствовал возрасту умершего. Четкий и яркий стиль писания А.И. Абрикосова, который он использовал при секции тела Ф.Э. Дзержинского, показывает, что он красочно

описывал характерные атеросклеротические поражения сосудов, если они были. Но у пациента В.И. Ульянова они отсутствуют — нет описанных характерных ограниченных и имеющих края бляшек с жировыми отложениями и петрификацией

- Использованный термин «склероз износа» подчеркивает лишь его несостоятельность. Теория износа (ангиомаляции) Тома, как причина атеросклероза, была отклонена учеными еще в 1904 году

- Использование термина «склероз от износа», на фоне того, что теории износа (как Тома, так и Вирхова) сосудов при атеросклерозе на данный исторический момент были признаны несостоятельными и отклонены врачебным сообществом, о чем знали все клинические врачи и патологоанатомы, подчеркивает абсурдность или эвристичность (что намного менее вероятно) данной ситуации

- Кальциноз, атеросклероз и эндартериит Хойбнера только начали патоморфологически разделять и вполне возможно, что в заключительной части акта «сифилитический артериосклероз» просто заменен на «склероз износа»

- Акт, не вызывает никаких сомнений, написан самим профессором А.И. Абрикосовым, заключительная же часть написана так, что это мог быть не сам патологоанатом или даже далеко не патологоанатом. Патологоанатомический диагноз в заключительной результативной части был, по мнению автора, «согласованным» с Политбюро

- Данных о проведенных когда-либо пробе Марша и постмортальных исследованиях мозга и других органов и тканей пациента на трепонему нет

- Лечение пациента В.И. Ульянова проходило во времена не до конца ясного понимания патогенеза нейросифилиса, как и нейротоксического действия тяжелых металлов, которые входили в состав препаратов, которыми его лечили

Методологические, деонтологические и историко-медицинские итоги (по мнению автора)

- Рассматривать клиническое мышление лечащих врачей пациента В.И. Ульянова можно только с позиций уровня медицинских знаний того же времени

- Анализ клинической ситуации можно проводить только с предварительным изучением монографий по специальности нервные болезни конца XIX — начала XX веков (в основном с 1874, с работы Хойбнера — 1924, по пятое издание монографии Нонне, с обязательным привлечением руководства для врачей «Сифилис нервной системы» под редакцией Абрикосова, Ганнушкина, Маргулиса)

- По мнению автора, врачи-консультанты и лечащие врачи получили указание ничего не писать в дневнике о диагнозе пациента В.И. Ульянова и вести дневник таким образом, чтобы исследователь без медицинского образования не мог сделать правильные выводы

- Даже при наличии медицинского образования и длительного нахождения в теме болезни В.И. Ульянова, «ограниченный» стиль языка составил значительные трудности для автора

- Лечение пациентов с прогрессивным параличом, табесом и васкулярным сифилисом головного мозга, ставших в «антибиотиковую» эру довольно редкими, сегодня не составило бы значимых проблем, тогда как

сбор анамнеза составляет такую же сложность, как и век назад

- Лечение пациента В.И. Ульянова не требовало участия такого большого количества врачей

- У пациента была идиосинкразия на препараты мышьяка, что неоднократно приводило к ухудшению клинической картины. В такой ситуации возможно использование термина «арсеникоз», так как врачами неоднократно отмечены явления токсического действия производных арсенола на сосуды головного мозга пациента

- В те годы лечение возможно было проводить только препаратами тяжелых металлов, оказывающими токсическое действие на организм. Способность мышьяка, который входил в состав арсенобензолного препарата, вступать в реакции с сульфгидрильными группами ферментных систем клетки, в результате чего образовались циклические соединения типа арсенитов, что приводило к резкому нарушению ряда жизненно важных процессов в организме пациента

- Ряд проявлений течения болезни у пациента возможно отнести к развитию у него явлений «фенацетиновой почки» (врачи говорят об развитии артериосклероза в почках) и меркуриализма (явления гнойного стоматита)

- В термине ятрогенности есть значительная доля наблюдений немецким профессором психиатром Освальдом Бумке, создателем данного термина, за данным клиническим случаем

- Точную оценку ятрогенного компонента в данном клиническом случае автор отдает на суд историков медицины

- Методологически ведение пациента можно разделить на два этапа: первый этап длился до 15 мая 1923 и, второй, до конца жизни. На смену принципов ведения пациента в мае 1923 года могло оказать возобладавшее мнение врачей во главе с академиком В.М. Бехтеревым и профессором В.П. Осиповым. Первый этап характеризуется тем, что практически все курсы мышьяка были прерваны после ярких проявлений токсического действия препарата арсенола, во второй — все курсы были проведены полностью (по мнению автора)

- Предполагаемая автором причина отстранения доктора А.М. Кожевникова от ведения дневника, как и отстранение его от участия в консультациях пациента В.И. Ульянова, это мнение В.М. Бехтерева от 5 мая 1923 года (*«После обсуждения, несмотря на настойчивое желание Бехтерева и отчасти Осипова никакой специфической терапии не проводить»*), где он настаивает на возобновлении лечения пациента В.И. Ульянова препаратами арсенобензольного ряда. Предположительно, приват-доцент Кожевников видел бесперспективность применяемой терапии, и в силу того, что позиция академика В.М. Бехтерева и профессора В.П. Осипова «победила», доктор А.М. Кожевников, который, вероятно, не был ее сторонником, был отстранен

- Излечить данного конкретного пациента в доантибиотиковую эру при данном варианте течения болезни на фоне *«повышенной чувствительности организма пациента к используемым препаратам»* (мнение врачей Ф.А. Гетье, В.П. Осипова, О. Ферстера, Д.В. Фельдберга, В.А. Обуха и В.В. Крамера от 15 января 1923 года) было невозможно

- Гипотезы, высказанные ранее рядом историков об отказе В.И. Ульяновым от лечения с целью ускорения его смерти несостоятельны. Также гипотеза «силы воли», согласно которой пациент, отказываясь от лечения, хотел либо приблизить смерть, либо побороть болезнь, не подтверждается данными дневника, а именно, пациент В.И. Ульянов находился под постоянным и ежедневным врачебным контролем

- Дневники лечащих врачей показали, что лечение пациента соответствовало самым высоким стандартам того времени

- Ни один врач пациента В.И. Ульянова не пострадал непосредственно сразу после смерти пациента, так как лечение было правильным, и наказывать их властям было не за что

- До конца своей жизни врачи, как и участники патологоанатомического исследования, подписавшие заключение, которое носило, по мнению автора, «согласованный характер», молчали о реальной картине событий с мая 1922 года по 22 января 1924 года

- Первый главный врач Солдатенковской больницы (им. С.П. Боткина) Федор Александрович Гетье был абсолютно прав, не подписав акт исследования тела В.И. Ульянова. Данное право ему было дано самой его профессией, в основе которой лежат деонтологические принципы, если их понимать, как выполнение «должного»

- Это тот самый случай в истории медицины, о котором можно сказать словами великого философа современности Карл Поппера: *«Я большой приверженец здравого смысла, я верю в него. Но здравый смысл иногда вводит нас в серьезные заблуждения»*. А именно, сосуды мозга, которые выглядели как шнуры, даже на фоне

отсутствия четко ограниченных атеросклеротических бляшек и жировых отложений в этих сосудах долгое время воспринимали как проявления артериосклероза, хотя полная непроходимость в те годы была одним из дифференциальных критериев диагностики именно менинго-васкулярной формы нейросифилиса, а не артериосклероза

- В РФ по данным за 2017 год 15,7 больных сифилисом на 100.000 населения, по данным главного патологоанатома на 1924–1925 годы (по данным секционного материала) было 5500 на 100.000 населения в городе Москве. Несмотря на разность походов к получению указанных цифр, можно утверждать, что с сифилисом в нашей стране сегодня умеют успешно бороться

- Гражданское общество начали вводить в заблуждение о болезни В.И. Ульянова еще при жизни пациента

- Никаких политических выводов на основании данной книги сделано быть не может

- Вопросы об этиологии и патогенезе болезни пациента В.И. Ульянов могут быть окончательно закрыты после открытия доступа ко всей медицинской документации пациента, что, интересно, на взгляд автора, уже только историкам медицины и очень узкому кругу специалистов, так как на все возможные вопросы клинического сообщества данная книга отвечает в полном объеме

- Каждый врач на постсоветском пространстве может сделать свой личный вывод о деонтологической стороне данного клинического случая

- Этап истории медицины советского периода логически завершается этой книгой, история медицины отечества, наоборот, продолжается.

Какие вопросы остались без ответа после изучения дневника врачей

- Пытались ли лечить пациента В.И. Ульянова по методу Вагнера-Яурега (т.е. пытались ли ему привить малярию), одному из самых эффективных и современных методов лечения сифилиса в истории медицины, в период, который можно было бы назвать «доантибиотиковой эрой»?

- Какой была точная суммарная дозировка тяжелых металлов (мышьяка, ртути и висмута), которую получил пациент при лечении, так как дозировка и точное название лекарственного средства чаще не указывалась (в стороннем документе (РГАСПИ, ф. 16, оп. 2, д. 42, л. 12–15.), указано, что был использован Несальварсан суммарная дозировка 3,2 грамма)?

- Какова была выраженность когнитивных нарушений у пациента на разных стадиях болезни, так как современные методы оценки их несколько другие?

- Каковыми были точные причины отстранения приват-доцента А.М. Кожевникова от ведения пациента в мае 1923 года, и было ли это врачебным решением или инициировано политическим руководством страны?

- Есть ли причинно-следственная связь гибели академика В.М. Бехтерева с его дважды отмеченным в дневниках личным мнением?

- Была ли связана гибель нескольких участников этих событий (Н.С. Попова, Л.Г. Левина, Ф.А. Гетье и П.П. Пакална), упомянутых в дневниках, с данной историей?

- Каковы причины, того, что врачи, граждане СССР, участвовавшие в консультациях и лечении данного пациента, прожили в среднем на 11,5 лет меньше, чем их «западные» коллеги?

Хронология значимых событий с выделением сделанных RW и курсов арсенолсодержащих препаратов

1922 год

25–26 05 у пациента ОНМК с афазией

28 05 осмотр невропатолога В.В. Крамера, начало «дневника»

29 05 сделана **пункция, взят материал на RW, результат не указан**, пациент не может выполнить команды врачей, в связи с этим Г.И. Россолимо не может определить гемианопсию

30 05 пациент ведет разговор со Сталиным о суициде, М.И. Авербах не может отвергнуть или подтвердить гемианопсию, так как больной не может выполнить команды

31 05 пациент интересуется специальностью у назначенного ему доктора А.М. Кожевникова (специализация врача нейролужс — сифилис мозга, прогрессивный паралич и табес)

5 06 отмечено начало приема пациентом препаратов йода, которые он будет далее получать постоянно в больших дозировках до конца его жизни

6 06 появилось акне, начал принимать фенацетин, начинают ставить почти ежедневные клизмы

11 06 врачами указано, что сонные артерии очень мягкие

14 06 ПНМК

19 06 у пациента появился волдырь на десне, нарывчики на правой пятке, пациент сам говорит о множественных сплетнях о его болезни

20 06 ПНМК, у пациента на пятке и ноге много мелких нарывчиков, он тяготится присутствием большого количества врачей

21 06 впервые отмечена усталость пациента
23 06 нарыв на ноге больного прорвался с выходом
гноя, НМК, упал, симптоматика раздражения оболочек
мозга
26 06 два ПНМК за день
28 06 первый волдырь зажил, образовались новые вол-
дыри на ноге, из которых выделяется лимфа
29 06 ПНМК
30 06 ПНМК
1 07 **начат первый курс препарата на основе мышьяка**, введено 0,15 арс*
3 07 введено 0,15 арс*, сделана перевязка с ртутью **
5 07 пациент назвал изменения своего почерка сумасшедшим
6 07 ввели 0,225 арс*
7 07 была ТИА
9 07 НМК с полным параличом справа 30 секунд, отмечена микрография
10 07 инъекция 0,3 арс* НМК, упал, у него нарастает возбуждение
12 07 **сделана пункция, сделана RW, ее результат так же, как и первой RW от 29.5.1922, не указан**, пациент смеется над бюллетенями, указывая, что врачи сообщают миру не реальную информацию о заболевании
13 07 инъекция 0,3 арс*
17 07 инъекция 0,3 арс*
18 07 отмечена припухлость десны с выделением гноя
20 07 инъекция 0,3 арс*
21 07 НМК постепенно нарастает сонливость
24 07 инъекция 0,3 арс*
27 07 введено 0,3 арс*
29 07 два ПНМК per die

31 07 инъекция 0,3 арс *, резкая гиперемия лица через 2–3 минуты после вливания длительностью 1,5 часа

4 08 сразу после введения 0,3 арс* появился НМК с гемипарезом и со стойкой афазией. Длительность ПНМК около 5 часов, явления проходили постепенно

13 08 ТИА

20 08 НМК

22 08 два ПНМК за день

9 09 НМК

10 08 отмечено, что у пациента снова появились явления микрографии

2 09 НМК

4 09 **начат второй курс мышьяка.** Введено 0,1 препарата (пометка арс не указана, тем не менее автор полагает, что это так)

6 09 инъекция 0,1 арс* (в этот день арс указано), сразу после инъекции появилась гиперемия и чувство жара, 2 НМК, курс прерван

8 09 НМК

12 09 доктор Ф.А. Гетье, хорошо и длительно знавший пациента, отметил у него избыточный вес

15 09 НМК

23 09 у пациента отметили зеркальное письмо

28 09 НМК

30 09 отмечено, что с 6 по 30 сентября 1923 пациент принял **50 грамм йода**

5 11 НМК

7 11 легкое ПНМК

19 11 НМК с параличом ноги

20 11 НМК с параличом ноги

20–25 11 давали арс* 0,0004 в порошке, был НМК, врачи отменяют **порошки**

26 11 НМК

27 11 было два случая НМК с полным параличом руки и ноги

4 12 множественные ПНМК с 27 11 по 4 12, пациент сам сообщил о росте утомляемости

с 4 12 по 12 12 множественные ПНМК с параличами

13 12 два ПНМК с параличом

15\16 12 в ночь было НМК с полным гемипарезом длительностью 35 минут

21 12 **взят анализ крови на RW**, результат получен 23 12, отмечено, что он **безусловно отрицательный**

23 12 НМК

24 12 все три основных врача поехали на доклад Сталину, Каменеву и Бухарину

25 12 ПНМК

26 12 у пациента симптомы раздражения оболочек

29 12 выявлена сенситивная афферентная атаксия (характерна для спинной сухотки)

1923 год

1 01 упомянуто, что делают электризации

10 01 НМК, отмечена полностью нарушенная глубокая чувствительность

16 02 **пункция RW**, результат указан 23 02, он **отрицательный, реакция Нонне-Аппельта отрицательная**

5 03 пациента нельзя понять, он плачет, сильный тремор в руке

6 03 у пациента афазия

8 03 **проведена лечебная пункция**, которая купировала головную боль, опять появилось акне

9 03 отмечено что пациент не любит, когда приезжают врачи не по основному заболеванию, пациент сам говорит о своем сумасшествии. Отмечен миокардит и склеротический процесс в почках

10 03 **начат третий курс введения арсенобензолного препарата**, арс* в\в 0,15. У пациента сразу после введения препарата НМК, полная афазия, издает лишь нечленораздельные звуки

13 03 впервые у пациента применен препарат висмута (инъекция) ***, начались ночные дежурства врачей (в дополнение к ранее введенным дежурствам медсестер)

15 и 18 03 вводят висмут ***

20 03 врачи едут на доклад в Кремль

21 03 снова было совещание врачей, которые подтвердили, что лечение, которое проводилось до дня их консультации и состояло из введений арсенобензолного препарата, втираний мази ртути, инъекций висмута и приема препаратов йода, было клинически правильным. Тем самым зарубежные профессора правильность диагноза прогрессивного паралича, одной из форм позднего нейросифилиса. Указывая на локализацию болезни в сосудах головного мозга, коллеги подтвердили менинговазкулярную форму данного заболевания.

22 03 **начат четвертый курс препарата мышьяка**. Введен арс* в форме enesol, у пациента ухудшение состояния, НМК, полная афазия, галлюцинации, больного удерживают, сильное возбуждение, с этого дня не удерживает мочу

25 03 отмечено врачами — «полная гемиплегия, тромб образовался полностью в следствии спазма сосудов артерии церебри anteriор и артерии фиссура Сильвии. У больного парафазическая логорея, бессмыслица слов»

27 03 сделан enesol *. Доложили в Политбюро

6 04 принимается решение о наркотизации пациента

12 04 врачи принимают решение о втирании ртути **, доложено в Политбюро

- 14 04 втирание препарата ртути ** в правую голень
15 04 втирание мази ртути ** в левую голень
16 04 выявлены разные зрачки, Авербах не может исключить гемианопсию
17 04 четвертое втирание ртути **
18 04 пациент говорит «шарлатан проклятый»
21 04 сделан анализ на малярию, он отрицательный
22 04 лекарства с этого дня стали добавлять в пищу
24 04 введен препарат ртути ** per rectum
26 04 больному делают электризацию
27 04 приехал Нонне, которого не было 4 недели, его мнение, пациент выглядит намного хуже в части питания
- 5 05 несмотря на желание Бехтерева и Осипова решено никакой специфической терапии не проводить (не проводить лечение препаратами арсенобензольного ряда и препаратами для лечения сифилиса)
6 05 указано, что нет атеросклероза ни в периферических ни в сонных артериях
7 05 с этого дня доктор Крамер замещает приват-доцента Кожевникова, академик В.М. Бехтерев говорит о раздражении оболочек мозга у пациента, указано, что процесс не атеросклеротический
11 05 отмечено истощение пациента
13 05 доктор Крамер отмечает транскортикальный характер повреждения, подтверждая то, что он написал 28.05.1922
15 05 начат **5 курс мышьяка** арс* (в виде какодил'а), пациента в этот же день срочно перевозят в Горки (несмотря на возможность появления реакции на мышьяк)
17–25 05 ежедневные инъекции арс*
30 05 доктор Розанов считает, что у пациента гемианопсия

26 05 врачи решают отменить мышьяк*

1 06–10 06 **6 курс мышьяка**. Ежедневно применяется арс*. Два раза Крамер (1 и 4 июня) записывает препарат под словом мышьяк*.

20 06–25 06 **7 курс мышьяка***

28 06 сделана инъекция мышьяка*

5 07 с этого дня профессор В.П. Осипов замещает В.В. Крамера

28 09 1923 ПНМК

20–22 10 1923 врачи Ф.А. Гетье, В.П. Осипов, С.М. Доброгаев поставили подписи под обращением о том, что сообщения в газетах не соответствуют желаемому и возможности быстрого выздоровления В.И. Ульянова.

23 11 1923 ПНМК

28 11 Бехтерев предлагает начать лечение неосальварсаном* (написан именно данный конкретный препарат). 28 ноября 1923 года был консилиум лечащих врачей, где В.М. Бехтерев предлагает лечение неосальварсаном*, что было отвергнуто (о чем речь не понятно, так как пациента и так лечат от нейролюэса), оставлен йод и тонизирующие средства. Причина отказа имеющая идиосинкразия на препараты мышьяка у пациента

20 12 ПНМК, у пациента рвота

13–14 01 1924 ПНМК

15 01 1924 записка от врачей *«Врачи пользующиеся Владимиром Ильичем не раз отмечали и считают необходимым указать, что в следствии отрицательного отношения больного к лечебным мероприятиям в следствии **повышенной чувствительности** его организма к ряду лекарственных веществ и существующего у него отрицательного отношения к врачам вообще — не удастся использовать в надлежащей степени все лечебные мероприятия, которые врачи находят полезными и су-*

ществленными, поэтому, они вынуждены ограничиться применением лишь некоторых средств в небольших дозах и профилактическими мерами».

20 01 ПНМК пациент, у пациента посинело лицо, он стал плохо жевать пищу

21 01 в 18-00 у пациента появилось стерторозное дыхание, в 18-45 температура 42,3 градуса в левой подмышечной впадине, в 18-50 остановка дыхания, искусственное дыхание продолжалось 30 минут, без результатов.

Смерть пациента В.И. Ульянова констатирована тремя врачами в 18-50 21 января 1924 года.

Лекарственные средства, назначенные лечащими врачами, пациенту В.И. Ульянову (по алфавиту)

- Адалин
- Амигдалин
- Аспирин
- Белладона, свечи
- Веродиген
- Гедонал
- Дигиталис
- Диуретин
- Дигипурат (наперстянка)
- Камформа
- Кодеин
- Кофеин в порошке
- Лакричный порошок
- Люминал
- **Мази ртути**
- Опий, настойка

- Пантопон
- Папаверин
- Пирамидон
- Пилюли Захарьина
- **Препараты мышьяка, отмеченные в дневниках, как «арс, арсен, мышьяк, неосальварсан, ars, энесол, какодил натрия»**
 - Препараты висмута
 - Препараты йода (йодат натрия, калия йодат, йод фортан и прочие)
 - Сомнацетин
 - Стрихнин
 - Уротропин
 - Фенацетин
 - Хинин

СПИСОК УПОМЯНУТЫХ В КНИГЕ ЛИЦ

ОСНОВНЫЕ ВРАЧИ ПАЦИЕНТА В.И. УЛЬЯНОВА, КОТОРЫЕ ВЕЛИ «ДНЕВНИК ЛЕЧАЩИХ ВРАЧЕЙ»

1. Кожевников Алексей Михайлович, 1882–1935, невропатолог, специалист по нейросифилису, приват-доцент. **Начал вести дневник лечащих врачей с 29 мая 1922 года.** Старший врач неврологического отделения Александровской больницы (в последующем больницы имени Н.А. Семашко), которая располагалась в Москве на улице Щипок. Один из основных врачей В.И. Ульянова с 29 мая 1922 года до смены его 7 мая 1923 года профессором В.В. Крамером. В дневнике не указаны причины замены врача в ведении дневника, но решение, по мнению автора, было принято консилиумом от 5 мая 1923 года в составе академика В.М. Бехтерева, профессора В.В. Крамера, профессора В.П. Осипова, профессора

М. Нонне, доктора Ф.А. Гетье, приват-доцента А.М. Кожевникова, в результате которого последнего отстранили от ведения пациента. Автор не обнаружил каких-либо данных о научной и клинической деятельности А.М. Кожевникова на протяжении всего последующего периода его жизни (после отстранения).

2. Крамер Василий Васильевич, 1876–1935, невропатолог, профессор. Консультант Лечсанупра Кремля. Окончил с отличием в 1900 году медицинский факультет Московского университета, в течение десяти лет трудился в клинике нервных болезней профессора Рота, затем у профессора Минора в клинике нервных болезней Высших женских курсов, в 1920 году перешел на работу в Московский психоневрологический институт. Собрал анамнез и сделал осмотр пациента 28 мая 1922 года: отметил транскортикальный характер афазии у пациента, ничего не писал об артериосклерозе\атеросклерозе в дневниках, как указывали некоторые авторы о нем. Вел дневник около двух месяцев в мае, июне, до 5 июля 1923 года, когда его сменил профессор В.П. Осипов. Лучший специалист по топической диагностике среди неврологов РСФСР. Наиболее вероятная причина замены его, по мнению автора, по состоянию здоровья самого врача. Основал и был редактором «Журнала психологии, неврологии и психиатрии», организовал Московский государственный институт психологии, неврологии и психиатрии, сегодня это Московский НИИ психиатрии (МНИИП), филиал ФГБУ «Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава РФ. Участвовал в организации НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко.

3. Осипов Виктор Петрович, 1871–1947, невропатолог, нейрофизиолог, психиатр, профессор, заведующий

кафедрой психиатрии Военно-медицинской академии. Ученик Э. Крепелина, Г. Оппенгейма, В.М. Бехтерева. Основной лечащий врач пациента В.И. Ульянова с 5 июля 1923 до конца жизни, он же вел дневник за этот период. Автор учебника «Частное учение о душевных болезнях», издательство «Практическая медицина», Петроград, 1923, где большая часть первого тома посвящена сифилитическим психозам (стр.108-183, общий объем тома 188 страниц), критериям, диагностике, лечению. Прогрессивный паралич и сифилис мозга рассматривались им как сифилитические психозы. Один из трех врачей, кто **констатировал** смерть пациента В.И. Ульянова. С 1929 года директор Государственного института мозга в Ленинграде, который академик В.М. Бехтерев возглавлял до конца 1927 года.

ГРАЖДАНИН ГЕРМАНИИ, ОСНОВНОЙ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ПАЦИЕНТА, НЕ ВЕДШИЙ ДНЕВНИК

4. Ферстер Отфрид, 1873–1941, невропатолог, нейрохирург, нейрофизиолог, профессор. Ученик Ж. Бабинского и ассистент К. Вернике. С мая 1922 года, за исключением отпусков на родину находился при В.И. Ульянове до самой его смерти. В дневнике отмечено, что доктор появился у пациента В.И. Ульянова 3 июня 1922 года, простился с пациентом 7 августа 1922, но в июне на короткое время улетал из Москвы. Далее, в дневнике отмечено его появление 20 декабря 1922 года. Уехал 13 февраля 1923 года, 10 марта 1923 года снова упомянут на осмотре пациента (отсутствовал около 20 дней). Упоминание 7 марта в дневнике «проклятый немец», с разъяснениями, что это относится к О. Ферстеру, не говорит, что он был в этот день у пациента. Таким образом, из 19 месяцев болезни В.И. Ульянова, данный

доктор около 14 месяцев провел «рядом» с пациентом. Профессор Отфрид Ферстер **констатировал** смерть В.И. Ульянова. Никогда не вел дневник лечащих врачей, есть небольшая вставка в заключительной части дневника (на немецком языке), где он фактически дублирует мнение доктора Доброгаева. О. Ферстер является автором метода перерезки задних корешков спинного мозга для уменьшения спастических явлений при детском церебральном параличе, что аналогично дорзальной ризотомии для лечения сильных приступообразных болей в животе при *tabes dorsalis* (операция Фёрстера). Немецким обществом нейрохирургов выпускается памятная медаль имени Отфрида Ферстера, которая вручается за вклад в области неврологии и нейрофизиологии.

РОССИЙСКИЕ ВРАЧИ-КОНСУЛЬТАНТЫ НЕВРОЛОГИ, УКАЗАННЫЕ В ДНЕВНИКЕ

5. Бехтерев Владимир Михайлович, 1857–1927, невролог, психиатр, нейрофизиолог, академик. На момент октябрьского переворота генерал медицинской службы и тайный советник. Дважды привлекался к консультациям больного в мае и ноябре 1923 года. Настаивал на использовании при лечении В.И. Ульянова препаратов арсенобензольного ряда. Предложил идею создания Государственного НИИ мозга в 1918 году, директором которого был до самой смерти в 23-45 24 декабря 1927 года. До сегодняшнего дня обсуждается высокая вероятность отравления В.М. Бехтерева. Именем академика В.М. Бехтерева названо множество (автор насчитал 47) симптомов, рефлексов, болезней, точек, феноменов.

6. Россолимо Григорий Иванович, 1860–1928, выдающийся русский невропатолог, профессор, за-

ведущий клиникой нервных болезней при клинике внутренних болезней А.А. Остроумова. Организовал на собственные деньги институт детской психологии и неврологии. С 1917 — профессор 1-го МГУ и директор Неврологического института (в 1917 Россолимо дарит свой институт Московскому университету). Заведующий кафедрой нервных болезней в 1 Московском государственном университете. Был одним из организаторов Общества невропатологов и психиатров, где состоял председателем в течение 10 лет. Был основателем и редактором журнала «Невропатология и психиатрия». Ни Россолимо, ни Минор, как самые известные врачи невропатологи того времени, в непосредственном лечении пациента Ульянова не принимали. Григорий Иванович участвовал в разовой консультации пациента В.И. Ульянова, его мнение приведено в начале дневника.

7. Кроль Михаил Борисович, 1879–1939, невропатолог, профессор, один из дежурных врачей пациента В.И. Ульянова. Работал под руководством Минора Л.С. на Высших женских курсах (в 1930 переименованы во 2-й ММИ). С 1932 года заведующий кафедрой нервных болезней 2-го Московского медицинского института, директор клиники нервных болезней Всесоюзного института экспериментальной медицины и директор клинического сектора этого же института. Главный врач Кремлевской больницы 1934–1938 годы.

РОССИЙСКИЕ ВРАЧИ-КОНСУЛЬТАНТЫ ПРОЧИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ, УКАЗАННЫЕ В ДНЕВНИКЕ ВРАЧЕЙ

8. Гетье Федор Александрович, 1863–1938, терапевт, врач семьи В.И. Ульянова. С 1892 года палатный ордина-

тор Старо-Екатерининской больницы. Основатель и первый главный врач Солдатенковской больницы, которую сегодня мы знаем, как больницу им. С.П. Боткина. Входил в состав комиссии по вскрытию тела В.И. Ульянова в составе 11 человек. Подписал бюллетень о смерти пациента от 22 января 1924 года. Единственный из членов комиссии, кто не подписал акт патологоанатомического вскрытия от того же числа. Умер через три месяца после расстрела единственного сына, Александра Федоровича, в 1938 году.

9. Елистратов Павел Иванович, 1864–1927, терапевт, консультант Лечсанупра Кремля, старший врач терапевтического отделения больницы им. А.А. Остроумова (ранее братьев Бахрушиных). В составе трех врачей **констатировал** смерть пациента Ульянова 21 января 1924 года.

10. Левин Лев Григорьевич, 1870–1938, терапевт, профессор, с 1920 года заведующий терапевтическим отделением Лечсанупра Кремля. Впервые упомянут в дневниках 24 июня 1922 года. Впоследствии обвинен в убийстве Менжинского, Куйбышева, Горького, и в рамках судебного процесса правотроцкистского блока и **расстрелян в 1938 году**. Один его сын расстрелян в том же 1938 году, другой был арестован в рамках «дела врачей» в 1949 году и находился в заключении до 1954 года.

11. Розанов Владимир Николаевич, 1872–1934, хирург, с 1910 года заведующий хирургическим отделением больницы им. С.П. Боткина (ранее Солдатенковской больницы), консультант Лечсанупра Кремля. Ассистировал 23 апреля 1922 года немецкому хирургу Борхарду на операции по извлечению пули у В.И. Ульянова. Участник консультаций, дежурил у постели больного. Ему присвоено звание Героя Труда в 1923 году и его имя носит

один из корпусов больницы им. С.П. Боткина. Главный врач Кремлевской больницы с 1929.

12. Авербах Михаил Иосифович, 1872–1944, офтальмолог, профессор, постоянный консультант В.И. Ульянова. Консультант Лечсанупра Кремля. Один из основателей и председатель Общества глазных врачей в Москве. Основатель и первый директор НИИ глазных болезней им. Г. Гельмгольца, с 1939 года академик АН СССР.

13. Свержевский Людвиг Иосифович, 1867–1941, отоларинголог, профессор, создатель и первый руководитель Московского института уха, горла и носа, один из основоположников отечественной научно-клинической школы отоларингологии.

14. Вейсброд Борис Соломонович, 1874–1942, хирург, профессор, дежурил у постели больного. Главный врач 2-ой Градской больницы, профессор 2-го Московского государственного университета на кафедре госпитальной хирургической клиники, директор пропедевтической хирургической клиники того же университета. Член партии ВКП(б) с 1904 года, один из первых врачей, оказавших помощь при ранении В.И. Ульянова 30 августа 1918 года.

15. Доброгаев Сергей Мартынович (варианты встречающегося отчества — Мартинович, Мартианинович, Мартьянович, Михайлович), 1873–1952, логопед пациента В.И. Ульянова. В дневнике есть запись от 24 июля 1923 года о его персональном мнении.

16. Фельдберг Давид Владимирович, 1873–1942, логопед, профессор, замещал уезжавшего С.М. Доброгаева. Декан факультета дефектологии Института дошкольного образования (входил в систему Психоневрологической Академии, возглавляемой В. М. Бехтеревым). Умер в блокаду в Ленинграде.

17. Приоров Николай Николаевич, 1885–1961, травматолог-ортопед, в последующем академик. Ассистировал на операции по удалению пули в 1922 доктору Борхарду. В 1923 году приезжал к пациенту подбирать ортопедические сапоги. Два раза упомянут в дневниках (без фамилии) как «ортопедист». Основатель и бессменный руководитель Лечебно-протезного института, с 1940 года Центральный институт травматологии и ортопедии, сегодня ФГУ «Центральный институт травматологии и ортопедии (ЦИТО) им. Н.Н. Приорова».

18. Юделович Василий Самойлович, стоматолог В.И. Ульянова. Даты рождения и смерти не найдены. Упомянут без указания фамилии и имени в дневнике 31 декабря 1922 и 3 января 1923 года как «был стоматолог». 18 февраля 1924 года выступил на вечере памяти В.И. Ульянова, где рассказал коллегам о строении его зубов.

ВРАЧИ-КОНСУЛЬТАНТЫ, ИНОСТРАННЫЕ ПОДДАННЫЕ

19. Нонне Макс, 1861–1959, ведущий специалист Европы того времени по лечению нейросифилиса, гражданин Германии. На мнение данного специалиста многократно ссылаются в своих монографиях, посвященных нейросифилису и В.П. Осипов, и сам А.И. Абрикосов. Его именем названа реакция Нонне-Апельта, проба на сифилис, и триада симптомов при поражении мозжечка и два синдрома. В известных автору источниках, Нонне всегда указывался как невропатолог, хотя он специалист именно по нейросифилису.

20. Клемперер Георг, 1865–1946, немецкий терапевт, профессор, в дневнике отмечены консультации пациен-

та с 11 июня по 24 июня 1922 года. Автор широко распространенного в начале века руководства по клинической диагностике, книга вышла в Российской империи в 1908 году. В соавторстве с Э. Лейденом написал руководство по диетическому лечению.

21. Фон Штрюмпель Адольф, 1853–1925, невропатолог, терапевт, профессор, директор медицинской поликлиники Эрлангенского университета, глава немецкой школы невропатологии 1910–1920 годах. Профессор Ю.М. Лопухин в своей книге указывает на данного профессора, как на крупного специалиста по нейросифилису. Хотя данный профессор постоянно сталкивался с прогрессивным параличом в своей работе (в силу распространения его в популяции Европы в те годы), тем не менее, назвать его узким специалистом по нейросифилису, как, например, Нонне, нельзя. В связи с тем, что Фон Штрюмпель работал в том же университете в Бреслау, где работал и Ферстер, это дает основания предположить, что он был вызван по рекомендации последнего. Его именем названо десять симптомов и болезней, включая болезнь Штрюмпеля-Мари-Бехтерева и прогрессирующий центральный нижний центральный парализ. Руководства по терапии и неврологии данного автора были очень популярны в Российской Империи в начале века.

22. Минковский (упоминается иногда как Минковский) Оскар, 1858–1931, врач диabetолог, патофизиолог диабета, профессор, гражданин Германии польского происхождения. Уроженец России. Единственный русскоговорящий из иностранных врачей. Подписал несколько бюллетеней о здоровье В.И. Ульянова.

23. Бумке Освальд, 1877–1950, ведущий психиатр Германии, профессор. Приемник «кресла» от Э. Крепе-

лина и А. Альцгеймера. С 1916 года сотрудничал с Отфридом Ферстером, вероятно, рекомендован или приглашен для консультации пациента по рекомендации последнего. Впервые упомянут в дневниках 20 марта 1923 года, последний раз 22 апреля 1923 года. Его именем назван симптом отсутствия расширения зрачков при болевом раздражении у больных шизофренией. Более важный результат его работы в мировой медицине — введение в обращение в 1925 году термина «ятрогении», как явление ухудшения физического или эмоционального состояния человека, вызванное действиями медицинских работников. Термины «ятрогения» и «ятрогенный» широко используются в мировой медицине по сей день.

24. Хеншен(Геншен) Соломон Эберхард, 1847–1930, невропатолог, профессор, гражданин Швеции, консультировал пациента В.И. Ульянова в марте 1923.

РУКОВОДИТЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

25. Семашко Николай Александрович, 1874–1949, профессиональный революционер, партийный и государственный деятель, нарком здравоохранения. Фактически не мог быть врачом (несмотря на имеющееся медицинское образование) пациента В.И. Ульянова, так как уже около 16 лет не занимался лечебным делом. Участник консультаций пациента в качестве народного комиссара, являлся связующим звеном между Политбюро и лечащими врачами. Главный организатор общественного здравоохранения в СССР, системы, показавшей отличные результаты для своего исторического периода. При непосредственном участии Н.А. Семашко создана система охраны материнства и детства, сеть научно-исследовательских медицинских институтов. В дальнейшем

академик АМН СССР и АПН РСФСР. Именем Николая Александровича назван национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья РФ, организованный в 1944 году. С 1949 года на базе института действует московское научное общество историков медицины.

26. Обух Владимир Александрович, 1870–1934, врач, заведующий Мосздравотделом, член партии большевиков с 1894 года. До 1917 года работал терапевтом в Первой градской больнице. Присутствует в дневнике, по мнению автора, как представитель власти и участник контроля по поручению Политбюро за проводимым лечением. Несмотря на участие В.А. Обухова в консультациях, назвать его лечащим врачом и консультантом пациента, нельзя.

ПСИХОЛОГ ПАЦИЕНТА

27. Нечаев Александр Петрович, 1870–1948, психолог, доктор педагогических наук, профессор Московского государственного психоневрологического института, с 1922 года директор этого института. Привлекался к психологическому тестированию пациента В.И. Ульянова 26 и 30 августа 1922 года. В 1935 году осужден по статье 58(10) к ссылке в Казахстан.

НЕ УПОМЯНУТЫЕ В ДНЕВНИКАХ ВРАЧИ ПАЦИЕНТА

28. Борхардт Юлиус, 1868–1948, хирург, профессор, гражданин Германии. Заведующий хирургией больницы Моабит в Берлине. Удалял пулю В.И. Ульянову 23 апреля 1922 года в Боткинской больнице. Его ассистентами были двое из упомянутых в дневниках врачей (Розанов и Приоров). В 1933 эмигрирует из Германии, умер в Аргентине.

29. Даркшевич Ливерий Осипович, 1858–1925, невропатолог, профессор, заведующий неврологическим отделением МОНИКИ (ранее МОКИ, еще ранее Старо-Екатерининская больница). Яркий представитель школы А.Я. Кожевникова. Совместно с В.М. Бехтеревым создал общество невропатологов и психиатров в Казани, основатель и главный редактор «Казанского медицинского журнала», профессор Казанского университета и с 1917 года кафедры нервных болезней 1-го Московского государственного университета (позднее медицинский факультет университета реформирован в Первый ММИ им И.М. Сеченова). Руководил организацией Государственной высшей медицинской школы и был ее ректором до 1923 года. В 1895 году указал на сифилитическую этиологию табеса. Автор руководства по клинической неврологии «Курс нервных болезней» в трех томах, которое до революции выдержало три издания, после революции не издавалось. В дневнике не упомянут, но разные авторы указывают, что Ливерий Осипович консультировал пациента В.И. Ульянова в период до перехода болезни в «инсультную» стадию 4 марта 1922 года.

30. Хеншен Фольке, 1881–1976, патологоанатом, сын Соломона Хеншена, гражданин Швеции. Роль данного специалиста, как и цель его приезда, не отражена в дневниках лечащих врачей В.И. Ульянова. Наиболее логично предположить, что он был сопровождающим престарелого отца, известного невропатолога, в путешествии в революционную страну.

ПРОЧИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ

31. Попов Николай Семенович, 1895–1938, молодой врач, окончил лечебный факультет в 1923 году, с этого же времени ординатор клиники нервных болезней МГУ (сего-

дня клиника им. А.Я. Кожевникова). Несколько раз упоминается в дневниках с августа 1923 года. Данные о Николае Семеновиче предоставлены автору его внуком Михаилом Лежневым: «Место рождения: Донская область, станица Каменская Области Войска Донского, русский. Образование — высшее, член ВКП(б), место работы — институт Мозга, научный сотрудник, заместитель директора НИИ Мозга. Осужден 17.05.1938 комиссией НКВД и прокуратурой СССР. Обвинение — в шпионаже в пользу Германии и в причастности к группе, готовившей террористический акт против Сталина. **Расстрелян** 29.05.1938. Место расстрела Москва. Реабилитирован 06.06.1957».

Из прочих источников известно, что в уходе за пациентом В.И. Ульяновым было задействовано еще несколько санитаров (студенты Рукавишников В.А., Зорько(а)-Римша К(З).И.), но их данные крайне клинически малозначимы. Но ни один из них, кроме Попова Н.С., не упомянут в дневниках дежурных врачей, и поэтому я решил не указывать их.

В дневниках говорится и о нескольких медсестрах, например, о медсестре Екатерине Ивановне Фоминой, медсестре МарМак (задачу выяснить, кто это, автор не ставил). Также указан водитель Рябов. Судьба их неизвестна автору.

Пакалн Петр Петрович, упомянутый в дневнике как П.П., 1886–1937, начальник личной охраны Ленина, расстрелян.

УЧЕНЫЕ, КОТОРЫХ ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПРИВЛЕКЛИ К НАПИСАНИЮ АКТА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ, КРОМЕ УЧАСТНИКОВ ПРОЦЕССА ЛЕЧЕНИЯ

В усадьбе Горки на утро 22.01.1924 года присутствовало три врача Ферстер, Осипов, Елистратов, которые вечером предыдущего дня установили смерть пациента. В усадьбу утром были привезены: личный врач семьи Ульяновых Гетье, два наркома Семашко и Обух, врачи большевики Розанов и Вейсброд, анатом Бунак и антрополог Дешин, патанатом Абрикосов. Суммарное количество участников — 11 (одиннадцать), подписавших акт 10 (десять), не подписавший — 1 (один).

32. Абрикосов Алексей Иванович, 1875–1955, выдающийся патологоанатом, основатель советской школы патологической анатомии, директор НИИ нормальной и патологической морфологии. С 1920 по 1953 заведующий кафедрой патологической анатомии 1 ММИ им. И.М. Сеченова. Вскрывал 22 января 1924 года тело В.И. Ульянова в усадьбе вдовы Саввы Морозова Горки. Вскрытие длилось 3 часа 10 минут (по данным самого А.И. Абрикосова 3 часа 50 минут). Также выполнил первичное бальзамирование тела, введя в него под давлением шесть литров раствора из формалина, глицерина и спирта. Участвовал в написании документа «Акт патологоанатомического вскрытия тела Владимира Ильича Ульянова (Ленина)». В 1927 году под редакцией А.И. Абрикосова и соавторов выпускается редкая книга, учебник «Сифилис нервной системы» (что само по себе не совсем обычно, по мнению автора, по многим причинам). В разделе посвященном морфологии мозга при менинговаскулярной форме прогрессивного паралича, великий ученый формирует мнение читающих данный раздел врачей в установлении патологоанатомического диагноза пациента. Эта книга практически не известна узким специалистам, хорошо разбирающимся в био-

графии выдающегося патологоанатома или истории медицины нейролюэса. В дальнейшем академик, лауреат Сталинской премии, Герой социалистического труда. Отстранен от заведования кафедрой патологической анатомии в рамках дела о «врачах-вредителях».

33. Бунак Виктор Валерианович, 1891–1979, антрополог, один из основоположников отечественной школы антропологии. Был привлечен в комиссию, участвующую 22 января 1924 года в написании заключения о смерти пациента В.И. Ульянова в усадьбе Горки.

34. Дешин Александр Александрович, 1869–1945, анатом, профессор, с 1917 года заведующий кафедрой нормальной анатомии Высших женских курсов (позднее переименован во 2-ой ММИ). Специалист в области препарирования мозга, член комиссии 22 января 1924 года, подписал акт вскрытия тела В.И. Ульянова.

ИМЕНА УЧЕНЫХ, КОТОРЫЕ СВЯЗАНЫ С ЛОГИКОЙ ПОВЕСТВОВАНИЯ

35. Жан Альфред Фурнье (1832 -1914) — сифилидолог и венеролог, профессор, один из основоположников современной научной школы сифилидологии. Первым (совместно с Рикором) показал, что твердый шанкр и мягкий шанкр различные по этиологии заболевания. В 1869 году первым в мире стал читать отдельный курс по сифилидологии, а в 1876 году создал кафедру кожных и сифилитических болезней. Фурнье установил связь между сифилисом и парасифилисом (*tabes dorsalis* и *paralysis progressive*). Именно он ввел понятие парасифилис, которое можно относить сегодня как к этапу в истории мировой медицины нейролюэса. В Российской империи первая кафедра по венерологии организована в 1884 году.

36. Аничков Николай Николаевич, 1885–1964, советский ученый, патофизиолог, основатель теории атеросклероза, который носит его имя. Доктор медицинских наук, профессор, академик АМН и АН СССР, президент АМН СССР, член 9 зарубежных научных академий и Королевских научных обществ. Создатель холестериновой теории атеросклероза. Само заболевание носит название «болезнь Маршана-Аничкова». Аничков впервые показал, что в основе атеросклеротических поражений артерий лежит инфильтрация липидов, главным образом холестерина, в стенку сосуда. Он подробно проследил и изучил стадии развития атеросклеротических бляшек. Атеросклероз был впервые представлен им как системное заболевание с нарушением липидного обмена. В описательной части акта вскрытия тела пациента В.И. Ульянова указано именно это заболевание под названием «артериосклероз», принятым в употреблении в те годы.

37. Минор Лазарь Соломонович, 1855–1942, выдающийся российский невропатолог, профессор, один из основателей Московского общества невропатологов и психиатров, один из специалистов, который, по мнению, как немецких врачей, так и автора, должен был быть приглашен к ведению пациента. Именем Минора названа болезнь, синдром, несколько симптомов и проб. Л.С. Минора и его школу на консультациях представлял профессор В.В. Крамер.

38. Кожевников Алексей Яковлевич, 1836–1902, русский невропатолог, доктор медицины. Заслуженный профессор Московского университета, председатель Общества невропатологов и психиатров. Выделил невропатологию в самостоятельную клиническую дисциплину. Создал научную школу российской невропатологии.

Практически всех российских невропатологов, участников процесса лечения или консультантов, можно назвать его учениками.

39. Давыдовский Ипполит Васильевич, 1887–1968, патологоанатом, академик. В 1924 заведующий кафедрой патологической анатомии на Высших женских курсах (с 1930 они переименованы в 2-ой ММИ). На момент описываемого события, в современном понимании, он главный патологоанатом столицы. Практически всю жизнь работал в 23 больнице им. Медсантруд. Друг, ученик и соратник А.И. Абрикосова. Автор учебников для высшей школы по патологической анатомии и монографии «Геронтология», где даются личные представления и взгляды самого ученого, которые он выработал на протяжении всей своей профессиональной деятельности, на проблему старения человека.

40. Никольский Петр Васильевич, 1858–1940, венеролог, сифилидолог, профессор, заведующий кафедрой Варшавского, а потом университета в Ростове-на-Дону, автор нескольких практических руководств по лечению сифилиса. Один из ведущих специалистов в СССР по лечению сифилиса. Не был привлечен, как и другие узкие специалисты данного профиля, к ведению пациента.

41. Никифоров Михаил Никифорович, 1858–1915, патологоанатом, стажировался у Р. Вирхова, профессор, учитель А.И. Абрикосова, проректор Московского университета.

42. Лопухин Юрий Михайлович, 1924–2016, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, директор НИИ физико-химической медицины. Написал две книги, посвященные болезни, смерти и бальзамированию тела. В.И. Ульянова. Долгое время работал в лаборатории при мавзолее.

43. Адрианов Олег Сергеевич, 1923–1994, нейрофизиолог, выпускник Военно-морской академии в Ленинграде. Академик АМН СССР, директор НИИ мозга ВНИЦПЗ АМН СССР. НИИ мозга в 2006 году вошел своими лабораториями в структуру НИИ неврологии и перестал существовать, как научное учреждение. НИИ неврологии в свою очередь тоже преобразован в научный центр неврологии.

44. Федюк Владимир Павлович — историк, профессор, декан исторического факультета Ярославского государственного университета, специализация история гражданской войны.

45. Яхно Николай Николаевич — невролог, профессор, академик, председатель неврологического общества Москвы. Более 20 лет заведовал кафедрой неврологии 1 ММИ им. И.М. Сеченова на базе клиники нервных болезней им. основателя отечественной неврологии А.Я. Кожевникова.

Научные и литературные источники

Архивные документы

1. РГАСПИ, фонд 16, дело 10, опись 2, стр. 1–410. «Дневник лечащих врачей В.И. Ульянова. Подлинник, машинопись с правками неизвестного»

2. РГАСПИ, фонд 76, дело 30, стр. 48–51. Фильмокопии рукописного и машинописного текста «Акта патологоанатомического заключения тела Ф.Э. Дзержинского»

3. РГАСПИ, фонд 17, дело 341, страница 2 «Протокол ПБ № 55 от 15 марта 1923 года: О расширении консилиума врачей, пользующих В.И. Ленина»

4. РГАСПИ, фонд 558, дело 36, «Письмо Сталина И.В. Крестинскому Н.Н. о поручении Политбюро ЦК

РКП(б) договориться с правительством Германии о вызове в Москву для лечения Ленина В.И. профессоров Ферстера О. и Клемперера Г.» от 3.06.1922 года

5. РГАСПИ, фонд 2, опись 1, дело 23224, страница 1-1 об.

Прочие

1. «У великой могилы», 1924, Издание газеты «Красная звезда»

Историческая медицинская литература

1. «Краткая терапия нервных болезней», Минор Л.С., 1910, Издание Студенческой Медицинской Издательской Комиссии, Москва

2. «Курс нервных болезней проф. А.Я. Кожевникова. Лекции, записанные студентами», Издание 4, 1904, Поставщик двора его величества Т-во Скоропеч, Москва

3. «Учение о локализациях. Головной мозг» Издание второе, Премировано ЦЕКУБУ, В.В. Крамер, 1931, Государственное медицинское издательство

4. «Частное учение о душевных болезнях», В.П. Осипов, 1923, Из-во «Практическая медицины», Петроград

5. «Сифилис нервной системы» Пособие для высшей школы под ред. А.И. Абрикосова с соавторами, 1927

6. «Основы общей патологической анатомии» А.И. Абрикосов, 1937, Биомедгиз

7. «Частная патологическая анатомия» А.И. Абрикосов, 1947, «Медгиз», Москва (раздел по атеросклерозу написан Н.Н. Аничков)

8. «Руководство по частной патологии и терапии внутренних болезней для врачей и студентов», А. Штрюмпель, 1896, Типография Волчанинова

9. «Учение о сифилисе», Д-р Э. Лансеро, 1876, Типография Якова Трея, С.-Петербург
10. «Параличи», А. Штрюмпель, С.-Петербург, 1901
11. «Основы патологической анатомии», М. Никифоров, 1913, Издание А.А. Карцева, Москва
12. «Современные течения в психиатрии» Освальд Бумке, 1929, Государственное издательство, Москва, Ленинград
13. «Учение о сифилисе» Выпуск 2, Jean-Alfred Fournier под редакцией профессора А.И. Пospelова, 1899, Издание А.А. Карцева, Москва
14. «Сифилис и венерические болезни» П.В. Никольский, 1928, Государственное издательство, Москва, Ленинград
15. «Лечение сифилиса» Г.И. Мещерский, Книгоиздательство «СОЗВЕЗДИЕ», 1922 Москва
16. «Искания и достижения в лечении сифилиса» prof. W. Neuck, под редакцией Г.И. Мещерского, 1928, Издательство Наркомздрава РСФСР
17. «Проституция и сифилис в России. Историко-статистические исследования» Михаил Кузнецов, 1871, Типография В.С. Балашева, Санкт-Петербург
18. «Патологическая анатомия и патогенез болезней человека. Инфекционные болезни, том 1. Третье издание, переработанное и дополненное» И.В. Давыдовский, 1956, Медгиз
19. «Атеросклероз» А.Л. Мясников, 1960, Медгиз, Москва
20. «Фельдшерская фармакология и рецептура с приложением 650 рецептов», 6-ое издание, Д-р Б.А. Окс, 2014, Издание К.Л. Риккера

21. «Курс фармакологии» издание третье В.И. Скворцов, 1929, Государственное издательство, Москва-Ленинград

22. Основы фармакологии и токсикологии, Д.М. Лавров, Государственное издательство Украины, 1923 год

23. «Основы патологии и терапии сифилиса и связанных с ним венерических болезней» профессор Д-р Цейссл перевод с немецкого, 1876, Типография М.Н. Лаврова и К, Москва

24. «Сифилис и сифилиметрия», д-р П.М. Сараджишвили, 1928, Тифлис

25. «Syphilis und Nervensystem. Ein Handbuch in zwanzig Vorlesungen» Dr. Max Nonne, 1921, Verlag von S. Karger, Karlstrasse,15, Berlin

26. «Syphilis und Nervensystem. Ein Handbuch in zwanzig Vorlesungen» Dr. Max Nonne, 1924, Verlag von S. Karger, Karlstrasse,15, Berlin

Современная медицинская литература

1. «Деменции». Руководство для врачей. Третье издание, Н.Н. Яхно, В.В. Захаров, А.Б. Локшина, Н.Н. Коберская, Э.А. Мхитарян, 2011, «МЕДпресс-информ»

2. «Болезни нервной системы. Руководство для врачей», под редакцией Н.Н. Яхно, 2007, «Медицина», Москва

3. «Неврологические симптомы, синдромы, симптомокомплексы и болезни» Е.И. Гусев, Г.С. Бурд, А.С. Никифоров, 1999, «Медицина», Москва

4. «Общая патология человека. Руководство для врачей под ред. А.И. Струкова, В.В. Серова, Д.С. Саркисова, 1990, «Медицина», Москва

5. «Клиническая токсикология» Е.А. Лужников, Г.Н. Суходолов 2008, Москва, «Медицинское информационное агентство».

6. «Общая токсикология» под ред. Б.А. Курляндского, В.А. Филова, 2002, Москва, «Медицина»

7. «Кожные и венерические болезни» под ред. проф. А.Л. Машколлея, 1986, Москва, «Медицина»

8. «Мышь» Jesse Russell, Ronald Cohn, 2012, LENNEX Corp., Printed in USA, UK, Germany, Spain, Russia, India, Brazil, China and Australia

9. «Атлас анатомии человека. Учение о сосудах и лимфоидных органах» Том третий, Р.Д. Синельников, Я.Р. Синельников, А.Я Синельников, 2011, Новая волна, Москва, Издатель Умеренков

10. «Сифилис: феномен, эволюция, новации» Г.А. Дмитриев, О.В. Доля, Т.И. Василенко, 2010 Издательство Бином

11. «РЕСУРСЫ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, ЗАРАЗНЫМИ КОЖНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ И БОЛЕЗНЯМИ КОЖИ

За 2015–2016 годы» (Статистические материалы)

Современная историческая и прочая литература

1. «Болезнь, смерть и бальзамирование В.И. Ленина. Правда и мифы». Ю.М. Лопухин, 1997, Издательство «Республика», Москва

2. «Как умер Ленин. Откровения зрителя мавзолея», Ю.М. Лопухин, 2014, Москва, «Алгоритм»

3. «Ленин. Политический портрет», Дмитрий Волкогонов, 1997, «Новости», Москва
4. «Бехтерев», ЖЗЛ, А.С. Никифоров, 1986, Молодая гвардия, Москва
5. «Магия мозга и лабиринты жизни», Н.П. Бехтерева, 2006, АСТ, Москва
6. «Объективное знание. Эволюционный подход» Поппер К.Р., 2002, Москва, Эдиториал УРСС
7. Журнал «Природа» №10, История науки, «Академик А.И. Абrikосов», 2015
8. «Мозг отправьте по адресу.....», М. Спивак, 2010, Издательство Астрель, Москва
9. «Революция-100: Реконструкция юбилея», под редакцией Г. Болотова, 2017, Москва
10. Дневник дежурного врача В.И. Ленина в 1922–1923 гг. «Вопросы истории КПСС». 1991, 9, 39–56 с.
11. Дневник дежурного врача В.И. Ленина в 1922–1923 гг. Историко-политический журнал Кентавр. Выпуск октябрь–декабрь 1991 года. 99–114 с.
12. Дневник дежурного врача В.И. Ленина в 1922–1923 гг. Историко-политический журнал Кентавр. Выпуск март–апрель 1992 года. 106–120 с.
13. Болезнь и смерть В.И. Ленина (Из дневниковых записей дежурных медиков март–апрель 1923 г). Подготовили публикацию Ю.А. Ахапкин, В.Н. Степанов. Историко-политический журнал Кентавр. Выпуск сентябрь–октябрь 1992 года. 117–130 с.
14. Болезнь и смерть В.И. Ленина (Дневниковые записи дежурных медиков 20–21 января 1924 г. и медицинские заключения). Подготовили публикацию Ю.А. Ахапкин, В.Н. Степанов. Историко-политический журнал Кентавр. Выпуск ноябрь–декабрь 1992 года. 117–130 с.

Интернет источники

1. Официальная биохроника В.И. Ульянова периода 1922–1924 годы, том XII, источник *www.leninism.su*
2. Данные Федеральной службы статистики РФ www.fedstat.ru и www.gks.ru

ЧАСТЬ 2

**ПОЯСНЕНИЯ
И КОММЕНТАРИИ
АВТОРА**

От автора

«Не судите, да не судимы будете»

Евангелие от Матфея. VII

За время работы с документальной частью этой книги я получил ряд разумных и взвешенных замечаний от коллег, в которых говорилось, что сухая публикация с комментариями из работ, относимых сегодня к истории нашей медицины, носит слишком строгий характер, и, очевидно, будет интересна с научной точки зрения, но тяжела для восприятия даже узкими специалистами. А без некоторых пояснений к истории, из которой вытекло много важных ручейков, документы будут не совсем понятны даже многим докторам, возможно, по чистой случайности взявшим эту книгу в руки. Чего уж говорить об обычных читателях, не связанных с врачебной деятельностью.

Чтобы почти замеченные временем исторические следы не затерялись в массе комментариев, я и решил вдохнуть в дневниковые записи эмоции в виде дополнительных зарисовок. Каждая из них — это отдельная занимательная история со своей драматургией и логичным завершением. В этой части книги представлено только мое личное мнение, я делаю особый акцент на этом, показывая тем самым читателю разные подходы

к написанию каждой части: первая часть — это эмоции, вторая — факты.

Первая часть книги рассказывает не столько о болезни пациента В.И. Ульянова, сколько об истории ее документального воплощения: что происходило вокруг нее после смерти пациента, что происходит с ней сегодня, наконец, о том, как я получил доступ к этим записям.

Мне кажется, научная история медицины не должна избегать художественных гипотез и образов. Их цель наполнить историю эмоциональной составляющей, вдохнуть жизнь в строгое документальное повествование. Эта часть книги писалась на одном дыхании, поскольку за четверть века все образы уже прописались в моем восприятии. За эти годы я сжился с врачами пациента Ульянова. Я почти физически стал чувствовать их: как схватывает сердце у профессора Крамера, как по мере развития болезни пациента Ульянова трясутся руки у его врача Кожевникова, как негодует академик Бехтерев, из-за того, что его мнение отвергнуто коллегами, и как жизнь профессора Абрикосова разделяется на две части: до вскрытия тела вождя в Горках и после него. Моим гипотезам нет и не может быть явных подтверждений. Это именно тот пласт истории нашей медицины, который в силу закрытости темы практически не сопровождается документальными материалами.

В этой части книги я хочу выразить восхищение красотой сложнейшей партии в истории отечественной медицины. Я хочу отдать дань уважения коллегам, работавшим на сложнейшем этапе научной эволюции, который совпал с периодом тяжелейших революционных потрясений. В последние годы стал актуальным вопрос продления человеческой жизни, При этом обсуждается

все, от биохакинга до цифрового бессмертия, но никто не говорит людям, что для человека более важно прожить жизнь достойно, что только дела человека могут жить в веках и памяти потомков. Люди, о которых я расскажу, прошли свой путь с достоинством, и они заслуживают точной исторической оценки со стороны современного клинического сообщества. С этого момента фразы вроде: *«врачи лечили пациента Ульянова, как бы, не от того»* и *«у великих людей все происходит не как у всех»* должны быть забыты врачами на всем постсоветском пространстве.

Несмотря на то, что эта книга описывает события давно минувших дней, для меня она является своеобразной точкой в истории медицины советского периода. Систему, которая у нас ассоциируется с деятельностью наркомздрава Семашко, в мире называют «public health». Сегодня этот этап в медицине завершается. Он требует серьезного изучения и глубокого анализа. Нужно идти дальше, не забыв взять из модели советского здравоохранения самое лучшее.

История медицины отечества продолжается в делах наших. Возможно, и ваше имя будет звучать в списке великих врачей России.

Как родилась идея написать именно эту книгу?

Осень 2016 года, теплый европейский октябрь, солнечно. Я сижу в кафе в самом центре Будапешта на берегу неспешного Дуная. Неожиданно получаю сообщение, что только что ушел из жизни профессор Юрий Михайлович Лопухин, единственный исследователь болезни пациента Владимира Ильича Ульянова. Профессор был именно тем

единственным врачом, который попытался разобраться в довольно странном давнем клиническом случае.

Лопухин Юрий Михайлович, 1924–2016, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, директор НИИ физико-химической медицины. Ректор 2 Московского медицинского института (2-го МОЛГМИ) им. Н.И. Пирогова с 1965 по 1984 год. Автор книг «Болезнь, смерть и бальзамирование В.И. Ленина. Правда и мифы», 1997 и «Как умер Ленин. Откровения смотрителя мавзолея», 2014, в которых затронута тема болезни нашего пациента.

Профессор был первым, кто поставил вопрос об этиологии и патогенезе болезни Ленина не на уровне слухов, а с учетом довольно сложной клинической картины. Конечно, его книги увидели свет только в постсоветское время, да и тема болезни занимает лишь небольшой их объем. Больше внимания в них уделено процессу бальзамирования тела вождя и связанным с этим событиям. Это и не удивительно, поскольку Юрий Михайлович с 1951 участвовал в поддержании «тела» Ленина на «должном» уровне.

Прочитав в 1997 году первую книгу Ю.М. Лопухина, я решил при жизни профессора ничего не писать о болезни и смерти В.И. Ульянова, но почти через 20 лет настало время сделать свой шаг. Пружина, которая была сжата многие годы, распрямилась, запустив процесс формирования рассказа о лечении пациента Ульянова. Буквально за пару недель я написал план и три статьи, которые легли в основу этой книги.

За двадцать пять лет моя библиотека наполнилась старыми медицинскими монографиями, логически

связанными с этиологией и дифференциальным диагнозом болезни Ленина. Материала было много, но мне, все-таки, не хватало оригинальной медицинской документации или хотя бы записей лечащих врачей, которые, как известно узкому кругу исследователей, вели дневник болезни пациента. Почему? Потому, что нельзя изучать болезнь конкретного пациента, опираясь только на старинные учебники или научные книги. Во всяком случае, это не мой путь. Таким образом, я и пришел к решению обратиться в РГАСПИ, где с 1924 года хранится документ «Дневник лечащих врачей В.И. Ульянова».

Первую попытку обращения я сделал еще в 1992 году, но все закончилось, вполне предсказуемым отказом. Несколько лет назад я решился на новый подход. Совершенно неожиданно, без всяких вопросов, руководство архива разрешило мне доступ к этому документу. Позднее я все-таки получил разъяснения от ответственного лица: в связи с тем, что «почти все по В.И. Ульянову, в том числе и по его болезни опубликовано, то мне и разрешили работать с данным объемным документом». Опубликовано, конечно, далеко не все, во всяком случае, для врачебного сообщества. Тем не менее, я понял: «время пришло, пора, уже можно».

Когда я пришел в архив, дневник уже ждал меня в хранилище. Он просто лежал в ячейке, от которой мне дали ключ. Его лист вложений был чист. Это значит, что до меня документ не выдавали никому. Вы не можете представить ощущения, которые я испытал когда увидел его. Казалось, он воскликнул: «привет, старик, ну вот и свиделись!»

Комментарий. *На сегодняшний день нет научных или научно-популярных работ, в которых освещались*

бы проблемы дифференциальной диагностики поражения мозга В.И. Ульянова с учетом особенностей течения и клинического оформления болезни у пациента. Все существующие на сегодня книги различного качества основываются лишь на словах разнообразных «лениноведов», не обладающих необходимым уровнем медицинского знания. Врачебное сообщество же пребывает в недоумении. С одной стороны наличествует глубочайшее уважение к заслугам А.И. Абрикосова, который писал патолого-анатомический акт, но с каким-то странным выводом. С другой стороны со слов профессора Ю.М. Лопухина известно о том, что с Лениным работали около тридцати известнейших врачей, которые вели у пациента «профилактическое» лечение сифилиса.

Итак, дневник лежал передо мной. Не было больше никаких препятствий для написания книги. Хотя она и построена на истории с болезнью Ленина и драмы, развернувшейся вокруг него, но посвящена все-таки именно врачам пациента. Кроме дневника мне весьма пригодились книги основоположников отечественной неврологии, психиатрии, патологической анатомии и прочих специалистов, среди которых были как те, кто непосредственно участвовал в лечении Ленина, так и те, кто оценивал результаты работы докторов.

Мое повествование во многом будет вестись языком тех лет. Нам важно знать как понимали процесс лечашие врачи, чем лечили, каков был прогноз, знал ли больной, чем он болен и как в результате вышло, что главного пациента Страны Советов лечили от одного, а на вскрытии все профессора выдали дружно, как на экзамене, совсем другой ответ и «почему же все-таки произошло именно так, как произошло».

Потертые и пожелтевшие от времени книги, долго стоявшие на полках в моей библиотеке, как немые свидетели, сегодня, в цифровой век, заговорили: «коллеги, слушайте *larga manu*».

Удалось ли мне представить ясную клиническую картину болезни пациента Ульянова всему врачебному сообществу, тем докторам, которых интересует история отечественной медицины, кто хочет понять многогранные аспекты описываемого события в исторически значимый для нашей страны период, каждый решит сам. По данным Росстата на 2016 год в РФ работало 680 916 врачей всех специальностей. Существует ли преемственность клинического мышления, можем ли мы понять наших коллег из прошлого, станет ясно к концу книги.

*«В том, что известно, пользы нет,
Одно неведомое нужно»*

«Фауст», Гете

Начало длиной в четверть века

Может быть, это началось холодной весной 1983, когда меня посадили в ту же камеру, где когда-то, согласно слухам, сидела Крупская? В Алешинских казармах располагалась гауптвахта московского гарнизона, а раньше — тюрьма, в которой содержали политических заключенных. В ней была специальная 13-я камера, только для сержантов. Вот туда-то меня, гвардии младшего сержанта, очевидно, за слишком свободный нрав, и отправил

мой командир капитан Валерий Николаевич Марковский...

... На дворе осень 1989 года, в воздухе носится ощущение перемен, общественность бурлит. В прессе начинают всплывать вопросы из прошлого, которые раньше задавать было нельзя. Появляется все больше новой информации... В тот год я, молодой доктор, выпускник лечебного факультета 1 ММИ им. И.М. Сеченова, рьяно бросился в пучину изучения старения мозга, став аспирантом научного учреждения, в котором хранился мозг вождя мировой революции.

Мое поступление в аспирантуру совпало во времени с началом развала нашей страны. Символично — умирающее государство, в его столице находится институт, созданный по решению основателей этого государства, в котором лежит мозг самого главного первооснователя. Рожденный 30 декабря 1922 года, и проживший век, отведенный русскому человеку, СССР умирал на глазах, покрываясь политическими и социальными пролежнями. И граждане, жившие в стране, где все было связано с Лениным, уже не могли и не хотели больше жить с его именем и его лозунгами.

Комментарий. *На момент написания книги, НИИ мозга как отдельный научный институт не существует уже более десяти лет и входит в структуру Научного центра неврологии в виде отдельных лабораторий. Я не буду пересказывать историю забора мозга Ленина, создания мавзолея и, наконец, появления лаборатории по изучению мозга В.И. Ульянова, а затем трансформации ее в институт, поскольку это все хорошо описано рядом историков и журналистов, да и не входит в задачи данной книги.*

Уже через полгода работы по теме нейрофизиологии старения я понял, что мне предоставлена возможность изучить патогенез болезни В.И. Ульянова. Изучение сосудистого старения мозга как бы логично накладывалась на клиническую картину пациента, чей мозг был причиной создания именно этого научного учреждения. По открытым источникам в те годы было широко известно, что Ленину был поставлен патологоанатомический диагноз атеросклероза, но уж до такой степени необычного, что это был единственный в мире диагноз, который потом никогда и нигде не был более применен. Объяснение же этому было дано самое простое и на первый взгляд понятное — Ленин — великий человек. У великих людей все процессы протекают необычно, причем, настолько, что для изучения мозга Ленина и всего советского пантеона даже создан специальный институт.

Меня заинтересовало, насколько полученные данные будут применимы к клиническому оформлению болезни пациента и к патологоанатомическому заключению профессора А.И. Абрикосова. Директор института мой интерес одобрил. Тема моего исследования была хоть и старая, но, во время бушевавших социальных ярких перемен начала 90-х годов, приковывала к себе внимание. В тот момент стало возможным обсуждать то, о чем раньше даже думать запрещалось. Так всегда бывает, что человеку запрещено знать, то и ему и интересно выяснить. Да и акт заключения, написанный выдающимся ученым и учителем, фактически создавшим современную патологическую анатомию, нес в себе ряд известных всем близким к теме проблем и загадок, которые оставались на тот момент не решенными, в силу закрытости истории болезни вождя пролетариата.

Директор НИИ мозга О.С. Адрианов, который в моей памяти останется очень мягким и тактичным человеком,

прожил всю жизнь в СССР, и его не могло не интересоваться и как ученого-нейрофизиолога и как гражданина, что же «не так» с темой болезни Ульянова. Макро- и микроуровни организации интеллекта и памяти его также интересовали и как ученого, и как руководителя одного из ведущих научных учреждений страны. Как мы помним из акта о вскрытии, у пациента В.И. Ульянова были настолько большие структурные поражения мозга, что у него не могло не возникнуть серьезнейших когнитивных нарушений. Конечно, было бы очень хорошо ознакомиться с медицинской документацией пациента, тем более, что доступ к ряду медицинских и архивных документов прочих научно-медицинских учреждений мне подписывал ученый секретарь, и я успешно с ними работал. Но в случае с Лениным никакого доступа мне не предоставили.

Следует отметить, что состояние изучения болезни В.И. Ульянова к моменту выхода этой книги не слишком отличается от ситуации в конце прошлого века. В те времена господствовали слухи и домыслы. Фоном им были запелляционные и обильные высказывания как дилетантов, так и профессиональных историков, которые не могли и не могут составить правильное заключение по нашему вопросу, просто в силу того, что не имеют ни общих медицинских знаний, ни знаний по физиологии и патофизиологии мозга. История болезни В.И. Ульянова — это своеобразная *tabula rasa*, т.е. совершенно белый лист. Профессионалы могли бы прочитать редкие буквы, но те были здорово подчищены, а потом все оставшиеся запутанные следы убрали в гранитный сундук архива ЦК КПСС на Большой Дмитровке.

Можно ли было применить к данному клиническому случаю патологоанатомический диагноз «склероз от

изнашивания»? Какими были механизмы формирования когнитивных расстройств? Об этом было интересно узнать и мне и самому директору НИИ мозга. Ближе к окончанию моей работы состоялся первый ученый совет, на котором были приоткрыты некоторые данные болезни В.И. Ульянова, и на котором я попытался высказаться, что при столь массивном поражении коры мозга множественными инфарктами, пациент, на определенной стадии болезни, уже не мог не иметь нарушения интеллектуально-мнестических функций.

И тут на сцену вышла тень отца всех народов. На том давнем ученом совете присутствовал единственный выживший из сотрудников О. Фогта, человек очень преклонных лет, восседавший за столом рядом с директором НИИ мозга. Его вид отражал процесс, происходивший в Стране Советов: увядание во всей красе. Я начал рассказывать свое представление о патофизиологии процесса у конкретного пациента: почему у него не было резко выраженного атеросклероза при массивных инфарктах коры мозга. В чертах старца внезапно проявилась жизнь, щеки покрылись краской, руки мелко задвигались. Он неожиданно и резко вскочил и без всякого вступления и приглашения выдал речь, смысл которой воспроизведу по памяти: «...да как вы смеете так о вожде мирового пролетариата! Да тебя сейчас в черный воронок! Не смей, не смей!»

Вот вам и ответ на вопрос, почему во время существования Союза никто не поднимал тему болезни Ленина. На дворе 90-е, но один древний старик мог в этот момент заменить взвод спецназа. Он готов был пойти в бой, отдать остатки своей жизни, но показать всем аспирантам и ученым на территории бывшего СССР, что они не смеют, даже думать или что-либо обсуждать по этой теме.

Очевидно, на моем лице читалось удивление, типа: демократия же на дворе, журнал «Вопросы истории» даже печатает подробные публикации о болезни Ленина на основании дневников дежурных врачей и санитаров. В этот момент директор института решил вмешаться и, придав ладони горизонтальное положение, начал махать мне: быстро садись. Накал страстей, не соответствующий научному собранию, говорил только о том, что я случайно задел в душе старика какие-то религиозные струны. Да, тогда время явно еще не пришло... Тем не менее, с вершины прожитых лет я могу посоветовать молодым коллегам: не надо бояться высказывать свое мнение, нигде и никогда.

О том, что у пациента Ульянова были множественные инсульты в обоих полушариях, все, кто интересовался вопросом, хорошо знают из заключения о смерти. Внезапное начало, временная связь начала болезни, ее обострений с острыми нарушениями кровообращения мозга говорило населению о том, что врачи имели дело с сосудистым заболеванием мозга, для которого характерно волнообразное течение с определенными улучшениями и ухудшениями. Это подтверждалось высказыванием ряда министров и наркомов здравоохранения СССР.

Сегодня в нашей стране каждый год регистрируется до 400 000 случаев инсультов, при этом часто возникает синдром деменции. Ее удельный вес оценивается разными авторами от 15 до 20% среди всех случаев синдрома слабоумия. И хотя большинство людей, сидящих в очереди к невропатологу, сегодня с диагнозом энцефалопатия, скорее все-таки имеют болезнь Альцгеймера, значимость сосудистых поражений мозга весьма велика. Исторически сосудистым слабоумием в Москве занимались клиника нервных болезней им А.Я. Кожевникова и НИИ неврологии. Но, похоже, НИИ мозга, тоже решился

включиться в исследования нейрофизиологии данной патологии. Именно моя работа и была таким научным исследованием.

Следует сказать, что и в наши дни механизмы формирования синдрома слабоумия, без понимания которых невозможна разработка методов и средств борьбы с когнитивными расстройствами, также не до конца известны, и многие методы, включая работу со стволовыми клетками, так и не дают нужного результата. Т.е. синдром деменции, в том числе и при ишемическом поражении мозга, мы не можем излечить даже в XXI веке.

Итак, изучение механизмов мультиинфарктной деменции логично и закономерно привело меня к изучению болезни В.И. Ульянова.

К тому времени мне было известно, что первые явные признаки болезни у Ленина появились в мае 1922 года, а в январе 1924 года он уже умер, т.е. заболевание длилось 1 год и 8 месяцев. За этот период произошло как минимум четыре острых нарушения кровообращения. На вскрытии обнаружили множественные инфаркты в обоих полушариях, как в коре, так и в подкорковых образованиях. Также было известно, что у пациента довольно странный патологоанатомический диагноз и (конечно, со слов сотрудников института) что пациента профилактически лечили сальварсаном. Тут тоже странность, но не в факте применения сальварсана, а в словосочетании «профилактическое лечение». Какая-то загадка, которая пространно объяснялась тем, что у великих людей, даже болезни развиваются не так как у простых обывателей.

Незадолго до Первой мировой войны была разработана холестериновая теория морфогенеза атеросклероза. Ученые Халатов и Аничков показали на модельных животных, что если их содержать на диете, богатой холе-

стерином, то у них развивается атеросклероз, который и является причиной инфарктов сердца, мозга, почек, кишечника и т.д. Именно Н.Н. Аничков, открыл холестериновый патогенез заболевания и уже в 1924 году, была сформулирована вторая более полная комбинационная теория данного заболевания.

Итак, необычная и скоротечная болезнь пациента Ульянова исторически совпала во времени со становлением теории атеросклероза, который даже поменял название «артериосклероз» на современный «атеросклероз» и в которой знаковую роль сыграли российские ученые питерской школы. Поэтому, логично было представлено мнение, что у пациента с наследственной предрасположенностью к атеросклерозу, имевшему очень серьезную психоэмоциональную нагрузку на высшую нервную деятельность и, вероятно, высокохолестериновую диету, развилось заболевание атеросклероз, широко представленное в нашей популяции даже сегодня.

Тема сифилиса, которая прошла красной линией через судьбу В.И. Ульянова, обсуждалась в то время, как в прочем и в наши дни, только на уровне слухов. Все врачи того времени ясно понимали, что тромбозы возникали не только от артериосклероза, но очень часто встречались и при сифилитическом страдании. Наблюдения показывали, что под влиянием сифилиса в артериальных стенках развивались крайне характерные изменения. Прежде всего, происходило разрастание в толще внутренней оболочки артерии, что вело за собой сужение просвета сосуда и приводило в конце концов к его полной непроходимости.

Итак, говоря словами современного врача, в начале XX века наиболее частыми заболеваниями, приводя-

щими к непроходимости кровотока в сосудах головного мозга и в результате к смерти пациентов были атеросклероз и нейросифилис.

Хочу сказать, что тема довольно сложная. Она требует не только высшего медицинского образования, знаний патофизиологии атеросклероза и сифилиса, но и понимания всей истории медицины до начала XX века, до этапа, который во многом можно назвать экспериментальным.

Я не даю каких-либо оценок Ульянову, не обсуждаю его политическое наследие и не участвую в спорах вокруг личности В.И. Ленина. Для меня это только пациент, 1870 г.р., умерший, якобы, от болезни с необычным течением и оформлением, которого, судя по всему, неудачно лечило множество светил медицины того времени, целый синклит, как говорил сам Владимир Ильич, для которого был сформулирован диагноз, более никогда не использовавшийся. Поэтому, мое повествование закончится 22 января 1924 года, на следующий день после смерти и в день вскрытия тела пациента.

В итоге, я изучал не исторические события, а течение заболевания, хоть и у исторической личности, но у конкретного пациента. Способность обсуждать диагнозы, не имея медицинского образования, и жонглируя высказываниями лиц, которые были зажаты историческими условиями, по моему мнению, нарушает глубокие принципы медицинской этики. Именно отсутствие медицинских знаний и приводит к использованию только застаревших штампов и мнений сторонних лиц, не основанных на медицинских документах.

Таким образом, для понимания темы болезни вождя мирового пролетариата, необходимо было соблюдение трех обязательных условий:

— доступ к оригинальным записям лечащих врачей В.И. Ульянова

— высшее медицинское образование с глубоким пониманием клиники и патофизиологии атеросклероза и сифилиса

— знание истории медицины, особенно в части неврологии, конца XIX — начала XX века.

В 2017 году руководством РГАСПИ я был допущен к дневникам дежурных врачей В.И. Ульянова (далее по тексту «дневники»), которые вряд ли скажут что-то обычному человеку или даже историку. Однако, врачи прошлого оставили в них потомкам, которые говорят с ними на одном медицинском языке, много информации. Развернутая панорама клинической картины стояла передо мной на протяжении всей работы в архиве. Кроме того, мне также разрешили просмотреть в фондах акт патологоанатомического заключения, сделанного А.И. Абрикосовым по телу Ф.Э. Дзержинского, который мне был нужен для сравнения руки специалиста, при том условии, что этот пациент умер от того же заболевания, как предполагалось ранее, что и В.И. Ульянов.

Процесс сбора материала, начатый в 1989 году, завершился 30 марта 2017 года.

*«Пишущему лучше не договорить,
чем сказать лишнее».*

А. Камю

Откровения зрителя мавзолея

Во время существования СССР обсуждать вопросы дифференциального диагноза и лечения болезни

В.И. Ульянова не мог никто, поскольку эта тема была закрыта не только для историков, но даже для медицинского сообщества, включая ученых историков медицины. В советские годы за слишком большое любопытство, энтузиасты могли быть, без всякого сомнения, привлечены не только к административной, но и к уголовной ответственности.

Авторов же из постсоветского периода жизни нашей страны, упоминающих болезнь В.И. Ульянова, довольно много. Тема живая, она волнует многих историков и «лениноведов», но все они в силу отсутствия высшего медицинского образования, не могли и не могут вникнуть в клиническую часть болезни пациента. Так переходили и продолжают и на сегодня переходить от автора к автору представления с высоким уровнем когнитивного искажения и предвзятости личных суждений. Историки и журналисты переносят чужие глупости из книги в книгу, преподнося искаженные данные и не понимая реальной ситуации.

Глубоко понять тему болезни попытался только один человек — профессор Ю.М. Лопухин. Он написал две книги: «Болезнь, смерть и бальзамирование В.И. Ленина. Правда и мифы», 1997 и «Как умер Ленин. Откровения зрителя мавзолея», 2014. Вот что он пишет: *«Перед вами рассказ о болезни и смерти В.И. Ленина, а также о бальзамировании его тела. Автор долго не решался начать работу над этими непростыми темами и тем более опубликовать книгу, понимая всю меру сложности и ответственности, связанную с рядом обстоятельств. С одной стороны, существует необъятное море литературы о Ленине, в которой нетрудно потерять свой голос, свое видение проблем. С другой — нельзя не считаться со сложным и противоречивым отношением нашего пост-*

коммунистического общества к безусловно гигантской фигуре Ленина. Несмотря на огромную литературную лениниану, остается запутанной сущность заболевания Ленина и причина его смерти. Официальная версия как будто убедительно доказывает атеросклеротическую природу заболевания с поражением сосудов мозга, которое повлекло за собою 3 больших инсульта (точнее, тромбоза сосудов, что в принципе одинаково плачевно по последствиям) с неизбежной смертью. Но тут же лукаво утверждается по меньшей мере странный диагноз: атеросклероз от изнашивания».

Я тоже долго сомневался писать ли эту книгу, тем более, что в ней затрагиваются вопросы жизни и смерти конкретного человека. Но поскольку жизнь, болезнь и последующая смерть В.И. Ульянова оставила неизгладимый след в семье каждого человека на территории СССР, я сказал себе — да, такая книга нужна. Именно поэтому я не даю никаких политических оценок деятельности В.И. Ульянова, и какая бы картина не вырисовывалась бы к концу исследования, клиническому сообществу нужно и важно знать, как это было, что же произошло не только с пациентом В.И. Ульяновым, но и с его врачами.

Автор указанных выше книг проф. Лопухин уже во вступлении к своей книге ставит под сомнение патологоанатомическое заключение комиссии. Действительно, комиссией был использован термин «абнот-цунггсклерозе», что в переводе с немецкого обозначает склероз от износа. Термин до того времени никогда ранее не использовался, да и позднее нигде и никем не был применен. Такого диагноза просто не существует. Удивительно, что в акт патологоанатомического заключения это слово вписано на немецком языке, хотя

весь текст на русском. Почему комиссия использовала немецкий язык для одного слова, мы также попробуем объяснить.

Затем Лопухин пишет следующее. *«История же его долгой болезни с малыми и большими обострениями, с периодами почти полного восстановления двигательных и речевых функций, с отличной сохранностью интеллекта не укладывается в рамки типичного распространенного атеросклероза. Скорее речь может идти о какой-то капиллярнопатии- поражении мелких судов мозга, а не крупных, как это наблюдается при атеросклерозе. В прессе получила хождение версия о сифилитическом поражении головного мозга Ленина, которая нашими исследователями до сих пор толком не была опровергнута. К сожалению, данные об анализе спинномозговой жидкости, как и полное гистологическое описание очагов поражения мозга Ленина, в открытой печати никогда не приводились. Это способствовало появлению спекуляций на тему его смертельной болезни. Опубликованные в официальных статьях результаты морфологического исследования аорты, коронарных и сонных артерий скудны и неубедительны. Отдельные возвышающиеся атеросклеротические бляшки на стенках аорты, сужение внутренней сонной артерии только в костном канале еще не свидетельства тяжелого распространенного атеросклероза и вполне могут быть отнесены к возрастным изменениям. Можно с такой же долей вероятности предполагать, что Ленин страдал болезнью Альцгеймера (корковые очаговые расстройства головного мозга) или рассеянным склерозом. Так или иначе, нужна полная и правдивая медицинская информация, которая бы поставила точку в этой многолетней запутанной истории».*

Когда я в 1989 году начал работать над темой «абнот-цунггсклерозе» у вождя мирового пролетариата, книги Ю.М. Лопухина еще не были написаны. Когда же после смерти профессора взялся за работу я, мне, несмотря на огромное количество накопленного исторического материала, было понятно, приблизительно тоже, что и ему. Очень странный патологоанатомический диагноз, клиническая картина болезни обладала рядом странностей, пациента лечило и консультировало такое количество врачей мирового уровня, что можно было сформировать целый университет. Да и странное использование мышьяка с непонятными, как бы, профилактическими целями.

В 2016 году, ознакомившись со списком архивных документов, которые были выданы для изучения профессору Ю.М. Лопухину в 1995 году, я понял, что документ «дневники врачей Ульянова» он не получал, хотя он без проблем работал с документами из того же 16 фонда. По моим предположениям, срок ограничения доступа к нему должен был завершиться через 75 лет и истек в 1999 году. Следовательно, документ должен выдаваться исследователям без ограничений. Я позвонил в РГАСПИ, озвучил свою просьбу. Мне ответили: приходите, оформляйтесь в читальный зал и получайте.

Дневник просто лежал в ячейке и ждал меня. Работа началась. Каким будет результат, я не знал, да и не мог предположить. Документ оказался очень объемным 410 листов формата А4, текст часто требовал использования лупы и расшифровки рукописных правок. Дух захватило, когда я взял в свои руки этот старый дневник, созданный лечащими врачами пациента, идеи которого развернули всю историю человечества. Документ не только дышит историей медицины, он сам и есть история медицины.

Минут десять я сидел, не открывая завязанную тесемками папку, предвкушая долгожданную встречу с документом, который наделил свойствами одушевленной и живой материи... А потом собрался с духом, развязал тесемки и произнес: **«Попробуем сделать следующий шаг вслед за смотрителем мавзолея».**

«Болезнь В.И. Ульянова — это своеобразная tabula rasa в истории медицины»

Доктор В.М. Новоселов

Зачем был нужен дневник?

Коллега, очевидно, уже задался вопросом — зачем же 28 мая 1922 был начат такой необычный для врачей документ, как **«дневник» лечащих врачей пациента В.И. Ульянова (Ленина), 1870 г.р.**, который никак нельзя отнести к стандартным медицинским документам, вроде «истории болезни»?

Комментарий. Медицинская документация — это документы установленной формы, предназначенные для регистрации результатов диагностических, лечебных, профилактических, реабилитационных и прочих мероприятий. Она позволяет врачам систематизировать и анализировать полученную информацию. Медицинская документация является учетной и отчетной, её держателем выступают медицинские учреждения, следовательно, врачи медицинских учреждений несут ответственность за неправильное оформление соответствующих документов.

Что обращает на себя внимание в дневнике:

1. Этот документ не оформлен должным образом, принятым как для медицинских документов, как тех лет, так и сегодняшнего дня.
2. Дневник не несет в себе входящего диагноза. По тексту ни разу, даже вскользь, не указан диагноз пациента, без чего не может существовать ни один медицинский документ под названием «история болезни», «карта пациента», «амбулаторная карта» и т.д.
3. В документе нет ни одной четкой прописи или коммерческих названий использованных лекарственных средств арсенобензольного ряда, мазей ртути и висмута, большей частью не указаны и дозировки.
4. Документ не позволяет выделить позицию каждого отдельного врача по отдельным вопросам (за исключением, частично данных осмотра В.В. Крамера от 28 мая 1922, мнения В.М. Бехтерева и В.П. Осипова от 5 мая 1923 года, 20–22 ноября 1923, консолидированного мнения С.М.Доброгаева, В.П. Осипова, Ф.А. Гетье и дублирующего их мнение О. Ферстера).
5. Текст содержит множественную информацию, напрямую не относящуюся к болезни. Объем сторонней информации местами значителен.

Дневник начат 28 мая со сбора анамнеза доктором В.В. Крамером, доктор А.М. Кожевников начал диктовать его с 29 мая 1922. Об этом свидетельствует надпись рукой врача: *«Дневник со дня пребывания А.М. Кожевникова»* уже в тексте от 29 мая. Это вписано между двух строчек очень убористым почерком, что свидетельствует о том,

что машинистка не оставила места, и тогда Алексею Михайловичу самому пришлось править дневник, отметив момент «вступления в должность».

Можно с уверенностью сказать, что дневник не мог появиться без приказа сверху, по желанию или решению самих врачей. Того, кто будет вести тот или иной период дневника, назначали. На обложке документа написано «Дневник истории болезни В.И. Ленина», в ответах сотрудников архива на мои запросы прозвучали и другие названия «дневники дежурных врачей», «дневник дежурного врача В.И. Ленина 1922–1923 гг. А.М. Кожевникова». Таким образом, данный документ имеет несколько произвольных названий, которыми пользуются для его обозначения сами сотрудники РГАСПИ.

Стиль языка, точность фиксации событий, в том числе и медицинского характера от первых страниц до конечных, очень различается, а когда уже становится очевиден негативный исход болезни пациента, дневник становится «телеграфным» — одна запись на несколько дней или даже неделю, становится скорее правилом.

Итак, в разные периоды болезни дневник ведут по очереди три русских врача. При этом, на протяжении всего времени с пациентом почти постоянно находится один немецкий врач. Кроме того, к Ленину вызывают много докторов-консультантов различных специальностей, как граждан РСФСР, так и Германии, Швеции (венерологов и сифилидологов в списке нет). Подчеркну, что дежурными врачами было гораздо большее количество лиц, которые прямо указаны в тексте данного документа — например, 29 апреля 1923 дежурил Гетье, 16 мая — Елистратов, 5 мая 1923 — Розанов и т.д. В тексте дневника указываются и ночные события, которые врачам, ответственным за составление дневника, передавались

дежурантами. Это говорит о том, что данный документ является трудом большого медицинского коллектива.

Для ведения и консультаций пациента Политбюро вызывает группу немецких и шведских врачей, необходимости в которых, как убежден автор, совершенно не было. Вот как об этом пишет Д.А. Волкогонов: *«Ленин опасно болен. Политбюро вызывает врачей из-за рубежа. Сталин дает инструкции Крестинскому в Берлин: Всеми средствами воздействовать на Германское правительство с тем, чтобы врачи Ферстер и Клемперер были отпущены в Москву на лето...Выдать Ферстеру (Клемпереру выдадут в Москве) пятьдесят тысяч золотых рублей. Могут привезти семьи, условия в Москве будут созданы наилучшие».*

В РГАСПИ хранится письмо Сталина И.В. Крестинскому Н.Н. *«о поручении Политбюро ЦК РКП(б) договориться с правительством Германии о вызове в Москву для лечения Ленина В.И. профессоров Ферстера О. и Клемперера Г.»*. Этот момент также хорошо описан в книге *«Ленин. Политический портрет»* Д.А. Волкогонова: *«Традиция политического, партийного лечения уже существует. Одних врачей отводят, других предлагают, не торгуются по поводу гонораров. Н. Крестинский (полпред в Германии) сообщает шифром из Берлина, что приедут профессора Минковски, Штрюмпель, Бумке, Нонне. С другими «идет работа». Выясняются вопросы, как платить врачам: фунтами, долларами или марками. Но этих специалистов мало. Сталин телеграфом поручает А. Симановскому в Швеции командировать известного специалиста Хенишена. Тот требует 25.000 шведских крон, Москва тотчас же соглашается».*

Почему ответственным за диктовку дневника не был назначен немецкий врач Отфрид Ферстер? Ведь именно

он провел больше всего времени с больным. Очевидно, потому, что ведение каких-либо дневников не входит в прямые обязанности врачей, и профессор Ферстер мог просто не согласиться, получив такое предложение. Кроме того, иностранного врача тяжелее контролировать, когда он уедет за границу, особенно, в его разговорах в ближнем кругу, поэтому дневник вели только врачи, граждане РСФСР.

Гипотеза автора: группу хорошо оплаченных зарубежных специалистов пригласили как свидетелей которые должны были правильно изложить, и донести до мирового сообщества идею, что у великого человека все, даже болезни происходят, необычно настолько, насколько велики его деяния.

Целая толпа врачей высокого, вернее, высочайшего уровня, должна была спорить, высказывая разные точки зрения, если бы в дифференциальной диагностике или лечении существовала какая-то спорность. Но этого нет, перед нами просто фиксация событий из жизни пациента, в том числе и не медицинского плана. Если в начале болезни фиксируется даже как пациент посмеивается над описаниями состояния его здоровья в СМИ, которые вводят читателей в заблуждение, то позднее, когда ситуация приобретает клинически грозные формы, дневник становится крайне немногословным. Несмотря на то, что дневник заполняли разные врачи с разными стилями и разным подходом к ведению больного, в нем на протяжении всего времени существования ни разу не поменялось только одно — нет диагноза, нет точных назначений и дозировок. Возможно, именно в силу того, что был избран довольно скудный и необычный вариант изложения медицинской информации, документ дожил до наших дней.

Близость клинического мышления врачей разных временных эпох, основанного на творческом подходе, тем не менее, позволяет нам сформировать точное мнение по данному клиническому случаю. При наложении информации из дневника на формулировки медицинских учебников за авторством участников описываемых нами событий, на их монографии и на работы их учителей, объективная картина проявляется как черно-белая фотография в комнате с красной лампой.

Важный вопрос: является, ли «дневник» подлинным, и не несет ли он в себе признаков фальсификации. Должен отметить, что объектом моего исследования был не дневник сам по себе, как объект источниковедения, а его текст, который строго соответствует духу и оформлению медицинских монографий по неврологии, сифилидологии и патологической анатомии конца XIX — начала XX веков. У меня не возникло подозрений в стороннем искажении клинического мышления лечащих врачей. А вот то, что дневник страдает ограниченностью в степени свободы изложения медицинского материала, заметно на всем его протяжении, но никак не является признаком подделки.

*«Человек часто делает ошибки.
Более того, он всю жизнь только и
занимается тем, что делает ошибки»
Ги де Мопассан*

О периоде до манифестации болезни в мае 1922 года

Д.А. Волкогонов: *«На свои нервы Ленин жаловался часто. Так, в письме к сестре Марии Ильиничне в феврале*

1917 года брат пишет: «работоспособность из-за больных нервов отчаянно плохая». По ряду косвенных признаков Ленин знал о неблагополучии со своими нервами. Так, в его ранних бумагах обнаружены адреса врачей по нервным, психическим болезням, которые проживали в Лейпциге в 1900 году».

Ю.М. Лопухин: «Болезнь В.И. Ленина, первые признаки которой появились в середине 1921 года, протекала своеобразно, не укладываясь ни в одну из обычных форм мозговых заболеваний. Начальные ее проявления в виде кратковременных головокружений с потерей сознания, дважды случившиеся с ним в 1921 году, как, впрочем, и субъективных ощущений навалившейся тяжелой усталости, мучительные страдания от постоянной бессонницы и головных болей вначале рассматривались близкими (да и лечащими врачами) как признаки переутомления, результат чрезмерного напряжения, последствия многочисленных волнений и переживаний, связанных с революцией, гражданской войной, разрухой, внутрипартийными распрями, первыми, все еще скромными успехами нового строя. «Никаких признаков органической болезни центральной нервной системы, в особенности мозга, налицо не имеется» — таково было заключение немецких профессоров. Все сходились на необходимости длительного отдыха, который, впрочем, как это стало ясно позже, мало ему помогал. Зиму 1921/22 года В.И. Ленин пережил тяжело: вновь появились головокружения, бессонница и головные боли. По свидетельству профессора Даркиевича, приглашенного к нему 4 марта 1922 года, имелись «два тягостных для Владимира Ильича явления: во-первых, масса чрезвычайно тяжелых неврастенических проявлений, совершенно лишивших его возможности работать так, как он работал раньше, а, во-вторых, ряд

навязчивостей, которые своим появлением сильно пугали больного. Немецкие профессора Клемперер и Ферстер настаивают на удалении пули, находившихся в тканях правого плеча и в правой надключичной области после покушения на Ленина 30 августа 1918 года на заводе Михельсона в Москве. Они полагали, что плохое самочувствие В.И. Ленина может быть результатом хронического свинцового отравления (позже Клемперер отрицал это). Решение весьма спорное и сомнительное, учитывая, что за четыре года, прошедших после покушения, пули уже осумковались и, как полагал профессор В.Н. Розанов, операция по их извлечению принесет больше вреда, чем пользы. Да и сам Ленин относился к этому предложению скептически: «Ну, одну-то давайте удалим» — согласился он с Розановым, предложившим извлечь пулю, расположенную под кожей над правой ключицей, и не трогать другую. И добавил: «Чтобы ко мне не приставали и чтобы никому не думалось». 22 апреля 1922 года в Институте биофизики Ленину сделали рентгенограмму грудной клетки, а 23 апреля его госпитализируют в Солдатенковскую больницу. Из Германии был приглашен хирург Ю. Борхардт, который и удалил надключичную пулю. 23 мая Ленин уехал в Горки, где пытался работать, однако вид у него, по свидетельству близких, был больной и подавленный. 25 мая после ужина у Ленина появилась изжога, что, впрочем, случалось и ранее. Вечером перед сном он почувствовал слабость в правой руке; около 4 часов утра у него была рвота, сопровождавшаяся головной болью. Утром 26 мая Ленин с трудом объяснил случившееся, не мог читать (буквы «поплыли»), попробовал писать, но сумел вывести только букву «м». Он ощущал слабость в правой руке и ноге. Такие ощущения продолжались долго, около часа, и затем исчезли».

Профессор Ю.М. Лопухин, родившийся в год смерти Ленина и проживший большую часть жизни в СССР, относился к теме болезни В.И. Ульянова с большой аккуратностью и осторожностью, тщательно подбирая слова. Тем не менее, настрой второй его книги, вышедшей на 17 лет после первой, несколько изменился в сторону большей критичности по отношению к официальной позиции «пациент умер от абнотцунгссклерозе» и заставляет больше задуматься о механизмах болезни Ульянова.

Перед началом долгого повествования необходимо сообщить о состоянии «вопроса» на сегодня. Это важно, тем более, что ни один из живущих ныне врачей до сих пор не видел оригинальных медицинских документов. На предмет диагноза болезни Ленина существует два основных мнения — атеросклероз с преимущественным поражением сосудов головного мозга и сифилис головного мозга; наиболее часто упоминается прогрессивный паралич. Особых доводов коллеги не приводят, но, очевидно, что те, кто говорят о первой патологии, основываются на данных акта патологоанатомического заключения А.И. Абрикосова от 22 января 1924 года, подписанное им и девятью членами комиссии. Некоторые коллеги читали соответствующие разделы книг Д.А. Волкогонова или Ю.М. Лопухина, или слышали мнение тех, кто их читал. Те, кто является «сторонниками» сифилиса, говорят о необычном течении болезни, что основано на многочисленных слухах, а так же ссылаются на распространение данного заболевания в России в те годы.

Токсоплазмоз мозга, болезнь Альцгеймера, болезнь Пика, рассеянный склероз, хорею Гентингтона, CADASIL — синдром и даже прогерия Вернера и прочие экзотически версии я не буду разбирать, чтобы не утяжелять и без того объемное повествование. Наиболее

близок к нашему клиническому случаю, конечно, очень редкий синдром церебральной аутосомно-доминантной субкортикальной артериопатии с субкортикальными инфарктами и лейкоэнцефалопатией. Наименее похож синдром прогерии, поскольку кроме партийной клички Ленина «старик» ничто не указывает на это заболевание.

Из анамнеза пациента, собранного 28 мая 1922 года профессором **В.В. Крамером, лечащим врачом пациента**, известно: *«Во время революционного периода Владимир Ильич работал, не щадя своих сил, в особенности в первое время, но и за последние два года он был занят не менее десяти часов в сутки, причем входил решительно во все мелочи жизни. Систематическим отдыхом в это время не пользовался. На этой почве развилось у Владимира Ильича довольно сильное мозговое переутомление, которое первоначально, т.е. два года тому назад сказалось прежде всего усилением присущих ему со времен перенесенной малярии головных болей и утомляемостью — ему было уже в это время по словам сестры Марии Ильиничны трудно провести подряд несколько заседаний, в особенности последние в очереди. Затем год тому назад явления психастении сделались у Владимира Ильича еще несколько глубже — так головные боли стали появляться все чаще и чаще, психическая утомляемость стала резче, а с осени 1921 года он почувствовал себя настолько нехорошо, что позволил себя уговорить оставить государственные дела».*

«.....Крамер, пораженный сохранностью интеллекта и, как показали дальнейшие наблюдения, периодическими улучшениями состояния, считал, что это не укладывается в картину артериосклероза (в принятой в те годы терминологии не было привычного нам термина «атеросклероз»), ибо «артериосклероз представляет собой

заболевание, имеющее уже в самой природе нечто такое, что ведет за собой к немедленному, но всегда прогрессирующему нарастанию раз возникших болезненных процессов» — так комментирует мнение профессора Крамера Ю.М. Лопухин.

Изначально это трактовалось у подобного рода больных как следствие переутомления. Дадим слово самим врачам. **Фон Штрюмпель, лечащий врач пациента:** «Очень часто, к сожалению, такие больные (речь о неврастенической стадии или форме сифилитического психоза, примечание автора), если они обращаются со своими жалоба к врачу, принимаются вначале за «неврастеников» и соответственно это лечатся».

Пациентам такого рода было запрещено нервничать, а ведь в июле 1921 года Ленин писал А.М. Горькому: «Я устал так, что ничегошеньки не могу».

Комментарий из книги **профессора Л.С. Минора:** «Психика зараженного сифилисом субъекта должна быть тщательно оберегаема во всю его жизнь. Все профессии и занятия, располагающие к волнениям, ажиотажу, разочарованиям, длительному страху или огорчениям должны быть тщательно избегаемы, напр., занятия на бирже, ежедневная азартная игра в карты и т.п.; крупные деловые предприятия, сопряженные с риском денежным или доброго имени, напр. подряды, выполнение к сроку крупных заказов и т.п.»

В учебниках тех лет так описываются стандартные проявления болезни на начальном этапе; слово **профессору В.П. Осипову, лечащему врачу пациента:** «Неврастеническая форма, подобно вообще всем формам мозгового сифилиса характеризуется головными болями, преимущественно, усиливающимися по ночам, при согревании головы подушкой; могут присоединяться боли

в костях; в некоторых случаях головные боли достигают такой силы, что больные покушаются на свою жизнь; часто больные жалуются на тяжесть в голове, неясность и затруднение мышления, умственную и физическую утомляемость, что легко доказывается объективно; раздражительность, придирчивость, мнительность, подозрительность, тревожное и беспокойное состояние, бессонница, рассеянность и забывчивость; больные с трудом сосредоточиваются; нередко наблюдается необщительное мрачное настроение, отсутствие интереса к окружающему, к своим делам, ипохондрические мысли о своей неизлечимости, о нарыве или опухоли в мозгу, о предстоящем прогрессивном параличе. Дрожание век закрытых глаз, языка, пальцев рук, иногда фибриллярные подергивания в мимических мышцах лица; обычно бывают головокружения и, легкие, преходящие сумеречные состояния. Этими явлениями дело может ограничиться, и при правильном распознавании и своевременном лечении наступает выздоровление. В то же время приведенная клиническая картина может явиться в качестве продромального или начального периода более тяжелого сифилитического поражения».

Проф. Гуревич М.О. Учебник «Сифилис головного мозга», под редакцией А.И. Абрикосова и др: «В продромальной стадии субъект не производит впечатления психически больного в собственном смысле этого слова и трактуется окружающими как переутомившийся неврастеник и т.п. Сам он жалуется на усталость, головные боли, расстройства сна и пр. Однако при сколько-нибудь внимательном наблюдении очень скоро начинают выявляться изменения личности больного, который становится грубее, эгоистичнее, наблюдается слабодушие (пожилой мужчина плачет по ничтожному поводу), по-

нижении умственных и эстетических интересов, прожорливость, склонность к грубым удовольствиям, не тактичность..... ».

Фон Штрюмпель Адольф, врач-консультант пациента: «Рядом со всеми этими признаками начинающейся признаками умственной слабости, обнаруживаются часто, с другой стороны, ненормальная раздражительность. Больной впадает в возбуждение, в гнев и т. под. Обыкновенно, впрочем, это настроение быстро проходит, не оставляя прочного следа. Легко понять, какой страх и опасения эти перемены всей личности больного внушают окружающим, тем более, что вначале они совершенно не могут понять, почему больной «совсем не тот, что был раньше».

Профессор Ю.М. Лопухин пишет в своей книге: «Профессор Россоломо в разговоре с сестрой Ленина Анной Ильиничной Ульяновой 30 мая 1922 года сказал: «...Положение крайне серьезно, и надежда на выздоровление явилась бы лишь в том случае, если в основе мозгового процесса оказались бы сифилитические изменения сосудов».

Профессор П.В. Никольский, сифилидолог: «....как показывает практика, не особенно редки случаи, когда больной не знает о бывшей у него болезни и потому, при опросе, отрицает сифилис». Там же: «Ограниченная внутренняя головная боль, продолжающаяся недели, прогрессивно усиливающаяся, с ночными ожесточениями, не уступающая никаким противонервным средствам, при отсутствии других вызывающих других причин, дает огромное подозрение на сифилис».

В общем, *larga manu*, у большого врачебного коллектива, у врачей, консультирующих пациента, не было ни малейших затруднений в диагностике заболевания у пациента Ульянова даже на начальной стадии болезни. За-

болевание имело стандартную клиническую картину манифестации заболевания, а именно ее неврастеническую форму, которую уже нельзя было ни с чем спутать при переходе к псевдопаралитической стадии заболевания, а тем более при хорошо прогнозируемой характерной стадийности последующего клинического оформления болезни у данного пациента.

«Я большой приверженец здравого смысла, я верю в него.

Но здравый смысл иногда вводит нас в серьезные заблуждения»

К.Р. Поппер

Первый необычный инсульт

Профессор Лопухин Ю.М. пишет в своей книге: *«Парадоксально, но никто из приглашенных врачей: ни многоопытный профессор Гетье, ни лечивший его постоянно доктор Левин не заподозрили мозговое заболевание, а полагали, что все это следствие гастрита, тем более что и у матери Ленина подобное случалось. По совету Гетье Ленин принял слабительное (английскую соль), и ему был предписан покой. Поздно вечером в субботу, 27 мая, появилась головная боль, полная потеря речи и слабость правых конечностей. Утром 28 мая приехал профессор Крамер, который впервые пришел к выводу, что у Ленина мозговое заболевание, характер которого ему был не совсем ясен. Диагноз его был такой: «явление транскортикальной моторной афазии на почве тромбоза». Иными словами — утрата речи из-за поражения моторно-речевой зоны головного мозга на почве закупорки (тромбоза) сосудов. Какова природа тром-*

боза — оставалось неясно. Крамер полагал: в основе лежит атеросклероз, однако то обстоятельство, что явление паралича конечностей и расстройство речи быстро прошли, Крамер объяснял поражением не магистральных (как это чаще бывает при атеросклерозе), а мелких сосудов головного мозга».

Комментарий. Вот, что на самом деле написано в «дневнике» дословно. Профессор Василий Васильевич Крамер: *«Явление транскортикальной моторной афазии на почве_.....»*. Внимательный читатель заметит, что, несмотря на то, что Лопухин пишет об атеросклерозе, профессор Крамер, осмотревший пациента, не упоминает о том, что считает причиной афазии, т.е. нарушения речи. Вместо диагноза пробел на восемь знаков (подсчитано автором), но в которые, что очень важно, не уместится ни слово артериосклероз, ни даже атеросклероз. Термин атеросклероз введен взамен старого и менее подходящего названия «артериосклероз», примененного впервые Лобштейном в 1833 году. В связи с тем, что в патогенезе данного заболевания большую роль играют жиры, оказалось необходимым отразить это в самом названии. В 1904 году Маршанд предложил для него новый термин, более точно отражающий сущность болезни. Впрочем, до середины XX века врачи часто использовали старое название.

Данные о частоте атеросклеротических изменений, находимых на секционном материале, весьма разноречивы. Мы встречаем, с одной стороны, указания на огромное, почти поголовное распространение их уже в молодом возрасте, правда, в виде начальных стадий, а с другой — данные, показывающие, что даже в пожилом возрасте далеко не во всех случаях, примерно лишь в 20–30%, удастся обнаружить резко выраженный атеро-

склероз. В более поздних возрастах (60–70 лет) происходит нарастание частоты случаев тяжелого атеросклероза. Однако даже среди лиц 70–80-летнего возраста встречается 5–10% таких, у которых совершенно нельзя найти атеросклероза или же он выражен очень слабо, хотя артерии у них обнаруживают резкие возрастные изменения. С этим наблюдением интересно сопоставить факт не слишком редкого развития довольно тяжелых форм атеросклероза в сравнительно молодом возрасте. Отсюда видно, что атеросклероз не представляет собой обязательного спутника старости. Мы не должны рассматривать его как неизбежное возрастное явление, а как заболевание артерий, лишь особенно свойственное пожилому возрасту.

Справка. Инфаркт мозга — патоморфологическая сущность слова инсульт, который на сегодня является одной из основных причин смертности людей во всем мире.

Лопухин пишет: *«Болезнь и в самом деле носила необычный характер. Параличи и парезы то правой руки или правой ноги, то той и другой вместе повторялись в дальнейшем многократно и быстро исчезали. Головные боли носили тоже периодический характер и без какой-либо одной определенной локализации. У Ленина изменился почерк — он стал мелким, бросалась в глаза трудность выполнения простых арифметических задач, утрата способности к запоминанию, но, что самое поразительное, полностью, до последней финальной стадии, сохранялся профессиональный интеллект. Для тяжелого атеросклероза многое было нетипичным:*

сравнительно молодой возраст (ему едва минуло 50 лет), сохранившийся интеллект, отсутствие каких-либо признаков нарушения кровообращения в сердце, конечностях; не было и явных признаков повышенного кровяного давления, способствующего появлению инсультов и тромбозов мозговых сосудов. Кроме того, как правило, поражения мозга при инсультах или тромбозах необратимы, имеют тенденцию к прогрессированию и, в принципе, бесследно не исчезают. При характерном для атеросклероза недостатке кровоснабжения мозга (ишемии), особенно длительном, интеллектуальные дефекты неизбежны, и чаще всего они выражаются в виде слабоумия или психоза, чего у Ленина по крайней мере до конца 1923 года не отмечалось. Профессор Г.И. Россолимо признавал, что болезнь Ленина имеет «своеобразное, не свойственное обычной картине общего мозгового артериосклероза» течение, а Крамер, пораженный сохранностью интеллекта и, как показали дальнейшие наблюдения, периодическими улучшениями состояния, считал, что это не укладывается в картину артериосклероза (в принятой в те годы терминологии не было привычного нам термина «атеросклероз»), ибо «артериосклероз представляет собой заболевание, имеющее уже в самой природе нечто такое, что ведет за собой к немедленному, но всегда прогрессирующему нарастанию раз возникших болезненных процессов». Словом, было много непонятного. Гетье, по словам Л.Д. Троцкого, «откровенно признавался, что не понимает болезни Владимира Ильича». Одно из предположений, которое, естественно, составляло врачебную тайну, будучи только догадкой, сводилось к возможности сифилитического поражения головного мозга. Для врачей России, воспитанных на традициях С.П. Боткина, который

говорил, что «в каждом из нас есть немного татарина и сифилиса», и что в сложных и не понятных случаях болезней следует непременно исключить специфическую (т. е. сифилитическую) этиологию заболевания, такая версия была вполне естественной. Тем более что в России сифилис в конце прошлого — начале текущего века в разных формах, включая наследственную и бытовую, был широко распространен. Это предположение было мало и даже ничтожно маловероятным хотя бы потому, что Ленин отличался в вопросах семьи и брака абсолютным пуританством, хорошо известным всем, кто его окружал. Однако консилиум врачей решил тщательно проверить и эту версию. Профессор Россолимо в разговоре с сестрой Ленина Анной Ильиничной Ульяновой 30 мая 1922 года сказал: «...Положение крайне серьезно, и надежда на выздоровление явилась бы лишь в том случае, если в основе мозгового процесса оказались бы сифилитические изменения сосудов».

Что было известно врачам на тот момент о васкулярном нейросифилисе?

А.Я. Кожевников пишет: «Явление инсультов при нейросифилисе настолько обычно, что каждый раз, когда у молодого человека, у которого нет признаков органического страдания сердца, развивается инсульт, можно подозревать существование сифилитического страдания сосудов. Если в том или другом месте разовьется гумма, то мы будем иметь полную картину, свойственную опухоли мозга. В подобных случаях имеются на лицо частью общемозговые симптомы, частью местные. При локализации гуммы на основании мозга обыкновенно развиваются параличи головных нервов на одной стороне и гемиплегия на другой; при гумме на выпуклой поверхности мозга имеет место обыкновенно кортикальная эпилепсия одна,

или одновременно с параличами в форме *topoplegiae* или неполной *hemiplegiae*».

Комментарий. По современным данным, сосудистый нейросифилис возникает чаще на 7 году заболевания сифилисом, мужчины поражаются в три раза чаще, чем женщины. По данным авторов начала XX века, инкубационный период прогрессивного паралича продолжается от 2 до 30 лет (по Крепелину), от 3 до 35 лет (по Юниусу и Арндту), от 2 до 40 лет (по Визелю). Но большинство авторов сходилось во мнении, что наиболее часто прогрессивный паралич появлялся в период через 10-15 лет после заражения сифилисом. При разности этиологии и патогенеза атеросклероза сосудов и васкулярной формы нейросифилиса, патоморфоз инфарктов имеет один и тот же механизм циркуляционной гипоксии. При всем разнообразии проявлений сифилиса головного мозга в доантибиотиковую эру, тем не менее, он был хорошо узнаваем.

«Лжет только тот, кто боится»

Г. Сенкевич

Слухи

Наша история закончится не в момент смерти пациента В.И. Ульянова, она придет к логическому концу лишь через сутки, 22 января 1924, во вторник, когда члены комиссии, хоть и в неполном составе подпишут акт вскрытия, которое делал великий патологоанатом современности, профессор Алексей Иванович Абрикосов. А вот первый главный врач больницы им. С.П. Боткина Федор

Александрович Гетье, он же организатор строительства этой больницы, личный врач семьи Ульяновых, если кого-то из врачей вообще можно назвать «личным», свою подпись не поставит.

В итоге десять подписей и один не подписавший акт — так закончится история болезни пациента Ульянова, создателя нового государства, Союза ССР, родившегося 30 декабря 1922 года. Страны, в которой партийная идеология, стиснувшая в дружеских объятиях медицинскую этику, удушила ее.

Вскрытие было организовано для борьбы со слухами. Его проводили в совершенно не приспособленном для этих целей помещении усадьбы Горки. Большая часть комиссии заинтересована подписать нужный диагноз, наркомы постоянно звонят в Кремль, согласовывая и уточняя формулировки, кругом вооруженная охрана, состоящая из латышских стрелков. Отдаленная и изолированная усадьба, как нельзя лучше подходила для скрытной операции. На кафедре патологической анатомии сделать все в тайне не удалось бы.

Изначально, как гласил приказ по гарнизону города Москвы и войскам Московского Военного округа №8, В.И. Ульянова, во исполнение постановления ЦИК СССР и назначенной особой комиссии по установлению порядка похорон, тело планировалось захоронить в субботу 26 января 1924 года: *«вынос тела из Дома Союзов и следование на Красную площадь для предания земле 26-го января. О часе будет объявлено особо»*. Председатель Исполкома Коминтерна, тов. Зиновьев, отправил всем секциям телеграмму, где также сообщал о похоронах в субботу, 26-го января. Планировалось «сверх» организованное мероприятие государственного уровня, похороны первого лица государства,

в которых было регламентировано все, от порядка следования колонн, формы одежды, установки врачебных пунктов до пропуска автомобилей по приказу тов. Петерсона.

Затем похороны были перенесены на 16-00 27 января 1924 года, о чем свидетельствует **приказ Революционно-военного совета СССР Республики №91 от 25 января 1924 года 15 часов 50 минут, постановление о прекращении торговли на базарах, рынках и лотках в воскресенье 27 января, о порядке выносе венков и письмо республикам, областям, губисполкомам, Реввоенсовету, ВСНХ, НКПС, Наркомпочтелю и остальным Наркоматам Союза ССР о приостановлении работы всех предприятий, движения всякого транспорта, салюте и гудках.**

В газетах конца января так и написано, что В.И. Ульянова захоронили в 16-00 27 января 1924 года. Например, ежедневная военная газета «Красная звезда» №23 за 30 января 1924 года пишет: *«Мы опустили в могилу Ильича, но в нашей работе мы сохраним вечно бессмертного Ленина»*. Газета «Известия» за 29 января пишет: *«В воскресенье 27-го января Красная Москва хоронила Ленина»*.

Вот как выглядели заголовки газетных статей в те дни:

«Осиротелые»

«Оружие освобождения выковано»

«Маркс новой эпохи»

«То, что было смертного в Ленине, умерло, но дело и заветы его пребудут вечно»

«Памяти гения»

«Не дрогнет ни трудовой молот, ни боевое знамя»

Слухов о заболевании В.И. Ульянова в то время ходило много. В качестве примера их количества приведу

лозунг МК в газете «Рабочая Москва» экстренный выпуск 22 января 1924 года: *«Борьба со злостными слухами контр-революционеров — обязанность каждого рабочего и честного гражданина»*. В газете не указано, что это за слухи, с которыми надо бороться всем честным гражданам. Но это заявление опубликовано непосредственно в день оповещения народа о смерти Ленина, что сразу отмечает дополнительные вопросы.

Лечащий доктор Ленина Алексей Михайлович Кожевников невропатолог, специалист по нейросифилису, писал, что пациент Ульянов тяготится присутствием немецких врачей и очень просит оказать влияние, чтобы немецкие профессора уехали поскорее домой, так как в Москве очень много сплетен о его здоровье и присутствие немцев усугубляет их. Как известно, первое лицо государства прямо и косвенно обслуживает большое количество народа. Это касается и медицинских вопросов. Определенное число людей занималось подготовкой рецептурных лекарств, их транспортировкой. Непосредственно вокруг Ленина постоянно находилось довольно много медицинского персонала, охраны. Наверняка, часть людей, делились тем, что видели с родными, близкими и друзьями. Атмосфера в те годы еще не напоминала конец 30-х годов, когда за неосторожное слово можно было поплатиться жизнью.

Отдельно о «правдивости» официально публикуемой информации — сам Ленин смеялся, когда узнал, что в первом бюллетене о его здоровье было сказано о желудочно-кишечном заболевании, сопровождавшимся нарушением кровообращения, и сказал, что лучшие дипломаты — это его врачи, составившие бюллетень. Таких отметок в дневнике несколько, вот, что пишет Ульянов в одной из них: *«т. Каменев!.....PPS. Только что услы-*

шал от сестры о бюллетенях, вами обо мне выпущенных. И хохотал же. «Послушай, ври, да знай меру!». Следует отметить, что в обязанности врачей не входит публикация каких-либо ложных данных о течении болезни, поэтому у этого явления исключительно политические корни.

В 1917 году В.И. Ульянов вернулся в Россию с постоянными головными болями, которые затем усилились. Об этом пишут и Д.А. Волкогонов, и Ю.М. Лопухин. Тем не менее, он сам заполняет анкету для делегатов на X Всероссийском съезде РКП в 1921 году, где в графе о состоянии своего здоровья указывает — «здоров». Буквально через несколько месяцев выяснится, что это утверждение было весьма сомнительным.

«Ввиду циркулировавших слухов в России и за границей о специфическом характере заболевания покойного В.И. Ульянова (Ленина) врачи, пользовавшие покойного, заявляют, что никаких указаний на liues нет ни в его анамнезе, ни в результатах исследования крови и черепно-мозговой жидкости, ни в данных произведенного вскрытия тела».

Проф. В. Осипов.

*Проф. Д. Фельдберг. Prof.
Foerster.*

Проф. В. Крамер.

А. Кожевников.

Ф. Гетье.

РЦХИДНИ, ф. 16, оп. 2, д. 42, л. 18. Подлинник (текст — автограф В.П. Осипова).

«Я большой приверженец здравого смысла, я верю в него. Но здравый смысл иногда нас вводит в серьезные заблуждения» — писал великий философ современ-

менности К.Р. Поппер. Наша история подтверждает его высказывание: вроде бы само собой разумеющееся, при проверке не выдерживает никакой критики. Любую информацию, не подтвержденную документально, я решил относить к слухам и не использовать. Даже если это высказывания технического секретаря Сталина Бориса Бажанова, изданные им в виде мемуаров, или известный историкам бюллетень «Намедни», в которых говорится о болезни В.И. Ульянова. Высказывания любых деятелей советского периода (кроме мнения наркома Семашко), утверждающих или опровергающих наличие любого заболевания у Председателя Совнаркома, которые вносили и продолжают вносить путаницу в представления врачей, также исключены из данной книги. Я решил взять за основу формирования клинического мнения только оригинальные записи лечащих врачей.

Таким образом, для анализа используется только медицинская литература, в основном, начала XX века, и в первую очередь авторства врачей пациента В.И. Ульянова. Анализ акта патологоанатомического заключения профессора А.И. Абрикосова и статья Н.А. Семашко «Что же дало вскрытие...» ведется через призму учебников по частной и общей патологической анатомии великих отечественных патологоанатомов М.Н. Никифорова, А.И. Абрикосова и И.В. Давыдовского. Кроме того, использована монография «Сифилис головного мозга» под редакцией А.И. Абрикосова и прочих.

Только такой подход, очищенный от слухов и высказываний любых лиц, зажатых в исторические рамки, дает врачебному сообществу результат без минимального когнитивного искажения.

*«Мыслитель движется вперед,
если он не спешит с выводами,
пусть даже они кажутся ему
очевидными»*

А. Камю

О якобы плохой наследственности у В.И. Ульянова

На вопросе о плохой наследственности у пациента В.И. Ульянова следует остановиться отдельно. В качестве доводов теории наличия наследственного атеросклероза у В.И. Ленина ее сторонники, как правило, историки и люди без медицинского образования, приводят тот факт, что его братья и сестры не прожили долго. Давайте с этим разберемся.

В семье отца Ленина Ильи Николаевича Ульянова родилось 8 детей, из которых двое умерло в младенчестве. Один был казнен молодым, а сестра Ольга умерла в юности от брюшного тифа. Сестра Мария прожила 59 лет, брат Дмитрий Ильич дожил почти до 69 лет, старшая сестра Анна 71 год. С учетом того, что в те годы ожидаемая продолжительность жизни была довольно низкой, это цифры «хорошие», не вызывающие даже постановки вопроса, что все семейство страдало наследственной предрасположенностью к короткой жизни.

Дед Ленина со стороны матери, Александр Бланк прожил около 70 лет, мать М.А. Ульянова, прожила 81 год. Дед со стороны отца 68 лет, отец 55 лет. С учетом того, что по данным Госкомстата РФ на 2017 год показатель ожидаемой продолжительности жизни для мужчины при рождении составляет 66.93 (средний вариант про-

гноза), в продолжительности жизни ни Ульяновых, ни Бланков нет склонности к короткой жизни и ранней смерти.

Напомню, что длинную жизнь прожила и племянница Владимира Ильича: с 1922 по 2011 год, т.е. полных 89 лет. Цифра, даже по меркам самой долгоживущей популяции на планете, японцев, или ее самой долгоживущей префектуры Окинавы, очень и очень достойная, что указывает на хорошее здоровье, которое невозможно при наследственной патологии. А то, что наследственность вносит свой вклад в показатели здоровья человека, это уже несомненная истина. Её вклад большинством ученых мира определяется в 25-30%. Таким образом, на основании возраста дожития как пробандов, так и сибсов (генетических потомков одних родителей) Ульянова можно с уверенностью говорить, что наследственной патологии, приводящей к развитию выраженного атеросклероза сосудов головного мозга, в семье В.И. Ульянова не было. Как в прочем, можно утверждать с большой степенью вероятности, что не было и какой-то другой наследственной патологии.

Откуда же берутся утверждения в разных вариантах звучания, но с одним смыслом, что если *«отец пациента Ильи Николаевич скончался в 55 лет от кровоизлияния в мозг, то это говорит о большем генетическом родстве Владимира Ильича к отцу, нежели к матери»*. Человек имеет 28.000 генов, при этом ядерных хромосом только 23.000. При этом, если Y-хромосома передается мальчику от отца, мать ее просто не имеет, то митохондриальная ДНК передается только по женской линии, т.е. все мы имеем ДНК от своих матерей. Таким образом, каждый ребенок, получает 50% генов от матери и 50% от отца, и заявления о близости кого-то с кем-то,

говорят только о полной биологической неграмотности того, кто это пишет. Фраза безграмотная, но смысл совершенно ясен на бытовом уровне: у В.И. Ульянова наличествовал, якобы, тот же ключевой генетический дефект, что и у его отца, или попросту, у них обоих сосуды были ни к черту.

Первая часть предложения, несущая точные цифры, соответствующая историческим фактам, гласящем, что родственники умерли приблизительно в одном возрасте, как бы предполагает правдивость второй ее части, вводит в заблуждение читателя. Далее, например, один из авторов создает следующий информационный посыл: *«новейшее исследование американских неврологов дали им основания утверждать, что причина болезни пациента это мутация NT5E, переданная ему по отцовской линии»*. При том, что ткани пациента никогда, нигде, не исследовались, можно ли данную фразу отнести к сознательному введению в заблуждение? Итак, если никаких исследований по генотипированию ни тканей В.И. Ульянова, ни тканей его родственников не проводилось, можем ли мы утверждать, что имеем дело с когнитивным искажением, сделанным людьми, не имеющими медицинского или медико-биологического образования? Да, без сомнения.

Поможем уважаемым историкам: у них осталась только последняя надежда, а именно, церебральная (C) аутосомно-доминантная (AD) артериопатия (A) с субкортикальными инфарктами (SI) и лейкоэнцефалопатией (L)», характеризующаяся повторными ишемическими инсультами подкорковой локализации. CADASIL- это наследственное заболевание, приводящее к развитию сосудистой энцефалопатии и деменции, но которое очень редко диагностируется — один случай на 100 000 населе-

ния. Возможен такой вариант? Да, возможен. Генетические исследования установили, что причиной CADASIL является мутация в гене Notch3 на 19-й хромосоме. В норме гены Notch кодируют трансмембранные рецепторы, участвующие в специализации клетки в процессе онтогенеза. В 95% случаев при CADASIL выявляются миссенс-мутации в этом гене, что приводит к потере или наращиванию цистеинового остатка определенного домена трансмембранного белка, что в свою очередь вызывает изменение третичной структуры белка, а соответственно и нарушение его функции.

Тем не менее, точный механизм, по которому мутация в гене Notch3 приводит к возникновению фенотипа, характерного для CADASIL, на сегодня нам до конца не понятен. Генетически обусловленные изменения стенки мелких сосудов приводят к развитию хронической циркуляционной гипоксии. Гранулярные осмиофильные включения, ответственные за утолщение средней оболочки, вызывают пролиферацию компонентов базальной мембраны с механической странгуляцией мелких артерий. Данные включения в средней оболочке приводят также к нарушению гематоэнцефалического барьера, что способствует развитию отека. Кроме того, активированные ишемией астроциты в микроокружении сосудистой стенки высвобождают эндотелин-1, который вызывает вазоконстрикцию и нарушение кровотока, что является дополнительным фактором сужения мелких артерий.

Теперь сами же и опровергнем — нет точного подтверждения аутосомно-доминантной наследственной передачи данной предполагаемой патологии на фоне **транскортикального** поражения мозга у пациента, отмеченного профессором В.В. Крамером 28 мая 1922 года.

Не субкортикального, а транскортикального, т.е. захватывающего кору головного мозга. Кроме того, ночное время головных болей и яркая клиническая картина у пациента не позволяют нам думать об очень редком CADASIL, тогда как больными с сифилисом мозга, прогрессирующим параличом и табесом были в те годы наполнены все психиатрические отделения как Западной Европы, так и РСФСР.

Мой вывод. На фоне низкой продолжительности жизни мужчин, как сейчас в РФ, так и в конце XIX — начале XX веков, разных условий жизни отца и сына Ульяновых, более высокой продолжительности жизни сибсов В.И. Ульянова, чем в среднем по РСФСР, отсутствия генетических исследований тканей самого пациента, так и его родственников, нельзя говорить о каком-либо генетическом компоненте, который мог сказаться на якобы ранней смерти В.И. Ульянова в возрасте 53 года 9 месяцев от «дикувинного заболевания атеросклероза износа». А вот мнение самих врачей, высказанное 21 марта 1923 года, из которого следует, что проводимое лечение правильное, что наследственной составляющей (т.е. атеросклероза в нашем современном понимании) нет. Вот этот отрывок из биографической хроники: «У Ленина состоялся (в 14 час.) консилиум врачей с участием прибывших из-за границы профессоров С.Е. Хеншена, А. Штрюмпеля, О. Бумке и М. Нонне. После подробного обсуждения истории болезни и всестороннего обследования Ленина врачи дали заключение, что «болезнь Владимира Ильича... имеет в своей основе заболевание соответственных кровеносных сосудов. **Признавая правильным применявшееся до сих пор лечение,** консилиум находит, что болезнь эта, судя по течению и данным объективного обследования, принадлежит к числу тех, при которых

возможно почти полное восстановление здоровья. В настоящее время проявления болезни постепенно уменьшаются...».

*«Я отказываю в сочувствии ранам,
выставленным на показ»*

Антуан де Сент-Экзюпери

Выстрелы Фанни Каплан

Ленин был ранен 30 августа 1918 года. Покушение очень хорошо освещено в исторической литературе и нет смысла тратить время на пересказ хорошо известных фактов. Нас интересует только медицинская сторона вопроса. В бюллетене № 1 о состоянии здоровья Ленина, опубликованном в 23 часа того же дня говорится: *«Констатировано 2 слепых огнестрельных поранения; одна пуля, войдя над левой лопаткой, проникла в грудную полость, повредила верхнюю долю легкого, вызвав кровоизлияние в плевру, и застряла в правой стороне шеи, выше правой ключицы; другая пуля проникла в левое плечо, раздробила кость и застряла под кожей левой плечевой области, имеются налицо явления внутреннего кровотечения. Пульс 104. Больной в полном сознании. К лечению привлечены лучшие специалисты-хирурги».*

Тема отравления организма пациента пулевым свинцом, однократно прозвучавшая из уст одного из немецких врачей, должна быть просто отставлена нами за ненужностью. Опыт, полученный русскими и советскими врачами при работе с огнестрельными ранениями в годы Первой и Второй мировых войн на очень большом количестве пациентов, показал, что свинец не оказывает сколь-нибудь значимого отравляющего дей-

ствия на организм. Тема пережания пулей магистрального сосуда также была отмечена самими врачами еще в апреле 1922 года на момент удаления одной из пуль хирургами.

Доктор Розанов говорит: *«когда Владимир Ильич сказал, что Клемперер посоветовал удалить пули, так как они своим свинцом вызывают отравление, вызывают головные боли, Борхардт сначала сделал удивленные глаза, у него вырвалось unmöglich (по-немецки обозначает невозможно), но, потом, спохватившись, вероятно, для того, чтобы не уронить авторитета своего берлинского коллеги, стал говорить о каких-то новых исследованиях в данном направлении»*. Сам пациент, по утверждению Розанова, тоже иронически отнесся к операции.

В обследовании, которое состоялось в марте 1922 перед операцией, участвовали немецкие врачи Клемперер, Ферстер и русский хирург Розанов.

Уже тогда они нашли у пациента изменения, которые отнесли к переутомлению. *«Со стороны нервной системы — общая нервозность, плохой сон, головные боли»*. Биографическая хроника: *«Ленин приезжает в Солдатенковскую больницу (Ходынское поле, д. 3). В 12 часов 23 апреля 1922 немецкий профессор Ю. Борхардт и старший врач хирургического отделения В.Н. Розанов в качестве ассистента, в присутствии главного врача больницы В.И. Соколова, наркома здравоохранения Н.А. Семашко и докторов Е.Д. Рамонова и Я.Р. Гольденберга производят Ленину операцию по извлечению пули, оставшейся после ранения в 1918 году. Как сообщалось в официальном медицинском заключении об операции, «пуля, извлеченная из раны, оказалась размером от среднего браунинга. На конце оболочка пули крестообразно надрезана через всю*

толицу, по протяжению всего конуса пули». После операции Ленин остается в больнице, находится в палате № 44. Соколов осматривает Ленина и заполняет историю болезни. Ленина посещает (позднее 19 час.) В.Н. Розанов. 24 апреля Ленину утром делают перевязку; в первом часу дня он уезжает из Солдатенковской больницы домой. В течение 2,5 недель Ленину делают перевязки. Ленин беседует с лечащими его старшим врачом хирургического отделения Солдатенковской больницы В.Н. Розановым, его помощником доктором А.Д. Очкиным и фельдшерницей К.М. Грешновой. 27 апреля 1922 В.И. Ленину сняли швы после операции. На пленуме Моссовета 9 мая 1922 нарком здравоохранения Н.А. Семашко, отвечая на запрос участников заседания о состоянии здоровья Ленина, говорит, что Владимир Ильич чувствует себя совершенно здоровым и занимается государственными делами».

Комментарий. Семашко мог на тот момент не знать причины нервозности, но, тем не менее, я трактую его слова так: Ленин после операции по удалению пули восстановился. Полностью здоровым, по мнению автора, его признать нельзя, так как отмеченная врачами нервозность, являлась грозным предвестником развертывания клинической картины.

Версии же отравленных пуль, как и пули, постепенно перекрывавшей кровоток, и этиологически и патофизиологически не состоятельны, поскольку мы не видим каких-либо упомянутых следов отравления, да и сам яд не мог при той температуре, которая создается газами в стволе огнестрельного оружия, не потерять свои нативные свойства. Известно, что пули, выпущенные в Ленина, имели надрез. На тот момент разрывные пули уже

запрещены Гаагской конвенцией, но бандитов и террористов запреты не касались. Разрывные пули было легко изготовить в кустарных условиях, что и было сделано Каплан или теми, кто дал ей браунинг. Сработай такие пули как было задумано, они нанесли бы В.И. Ульянову огромный вред. Одна из двух пуль, извлеченных из тела Ленина сохранилась и не имеет никаких повреждений. «Раскрылась» ли вторая, нам неизвестно. С большой долей уверенности можно полагать, что все-таки нет, иначе ранение было бы более массивным. Либо маломощный патрон, либо плохое состояние пистолета, спасли вождя от катастрофических повреждений.

Так или иначе, на версии, связанных с ранением отравленной пулей, пулей, застрявшей в теле Ленина и постепенно перекрывающей кровотоки мозга, или пулей «дум-дум», отравляющей организм свинцом, как, впрочем, и на массу других несостоятельных вариантов исторических фантазеров не стоит обращать внимания. Почему? А просто потому, что у пациента Ульянова наблюдалась характерная клиническая картина заболевания, имеющего стандартное стадийное течение.

«Не следует привлекать новые сущности без крайней на то необходимости»

Оккам

О несостоятельности версии наследственного сифилиса

Наследственный (врожденный) сифилис у В.И. Ульянова — это один из многочисленных слухов, которые до сих

пор живут в народе, и которые, очевидно, будут жить, невзирая на наши скорбные труды.

Давайте разберемся: внешний здоровый вид пациента на протяжении всей его жизни, да и не только его, но и его братьев и сестер, доживших до зрелого возраста, не подтверждает эту гипотезу. И хотя сифилитические поражения мозга в Российской империи были частым результатом заражения плода в периоде внутриутробной жизни, отсутствие у В.И. Ульянова объективных признаков, таких как:

- характерные гетчинсоновские зубы (зубы с полулунной вырезкой, мертвого, белого цвета), интерстициальный кератит и глухота (объединенные в Гетчинсоновскую триаду),
- саблевидные периоститы большеберцовых костей,
- остеохондрит Вегенера, не позволяют нам говорить о врожденном люэсе.

В описании зубов В.И. Ульянова, которую сделал стоматолог пациента В.С. Юделович в 1924 году, он дал им характеристику как крепким, правильным по форме, расположению и смыканию, верхние резцы описал как широкие с сильно развитым режущим краем. Мы не видим никаких признаков врожденного сифилиса.

Кроме того, у пациента нет ягодичной формы затылочной кости, выступающего лба и определенной формы носа. Обычно, в силу гипотрофии и дряблой кожи и увеличенной головы, новорожденные с сифилисом имели старческий (прогерийный) вид. Дети плохо набирали вес и, зачастую, не могли сосать материнское молоко. У таких детей встречались сифилитическая пузырчатка, пузыри с серозно-гнойным содержимым, которые локализовались на ладонях и подошвах, они часто лопались, открывая эрозию. Часто такие дети страдали ринитами

с гнойным отделяемым, хориоретинитами, гепатоспленомегалией. На коже зачастую была розеолезная и папулезная сыпь. В медицинских отчетах конца XIX — начала XX века говорилось, что среди больных сифилисом было много беременных женщин, рожденные дети которых могли и не иметь признаков сифилиса, но потом клиническая картина все-таки неизбежно проявлялась. По статистике к 1887 г. поражений нервной системы при наследственном сифилисе было 13%, по данным 1906 г. 23%, и 1917 г. от 10 до 17% (по данным разных авторов).

В анамнезе пациента Ульянова данных о нарушениях развития нет, не упомянуты и трудности с получением образования, плохая успеваемость. Наоборот, он блестяще закончил гимназию и без проблем поступил в университет. Детские и юношеские фотографии В.И. Ульянова также говорят, о том, что ребенок не мог иметь этой врожденной патологии.

Комментарий. *В XIX-м и начале XX-го века использовался термин «наследственный», сейчас же используют термин врожденный сифилис, который делят на ранний врожденный и поздний.*

Следует отметить, что громадное большинство сифилитических плодов умирало недоношенными или умирало именно в первые месяцы после рождения. Наследственный сифилис давал до 80% мертворождений, следовательно, приведенные 10–17% поражений нервной системы относятся к 20% рождающимся живыми.

Вот как в 1899 году профессор Fournier описывает наблюдения доктора Bertin'a сифилитической семьи, в которой шесть беременностей закончились очень характерно:

Первая беременность — выкидыш на шестом месяце.
Вторая — выкидыш на седьмом месяце.

Третья — преждевременные роды на восьмом месяце, мертворожденный.

Четвертая — своевременные роды, сифилитический ребенок умер на 18 день.

Пятая — своевременные роды, сифилитический ребенок прожил 6 недель.

Шестая — родился сифилитический ребенок, оставшийся в живых.

Интересный исторический факт: долгое время беременных больных сифилисом не лечили преднамеренно, так как на ртуть смотрели, как на средство, «вызывающее аборт..... Таким образом, если несчастная сифилитичка, забеременев, являлась молить врача о помощи, то последний ограничивался мало утешительным заявлением «что пока нельзя ничего сделать, и что она должна запастись терпением и обождать, чтобы беременность продвинулась ближе к родам, или даже разрешилась» (Fournier).

Как правило, у таких детей, если они и выживали, имелись как признаки недоразвития организма или отдельных его органов, так и недоразвитие функций или совершенное неразвитие некоторых функций, в том числе и функций головного мозга. Врожденный нейролюэс проявлялся в клинических картинах, аналогичных приобретенному, давал мозговые и оболочечные поражения различной локализации.

Профессор В.П. Осипов пишет: «Степень развития явлений зависит от болезненного процесса, его локализации и периода жизни организма, в котором процесс развивается, так как развитие мозга и его функций в указанных возрастах различно. Как следствие такого

раннего сифилиса мозга, наблюдается его недоразвитие, а иногда и не развитие отдельных долей и даже целого полушария, представляющего лишь сморщенный, неправильно выраженный зачаток, естественное последствие недоразвитие психической деятельности или зачаточное ее состояние, т. е. умственное, и нравственное недоразвитие или дефективность, тупоумие и идиотизм. Очень часто эти болезненные состояния комбинируются с эпилепсией. Часты судороги, менингеальные симптомы, гидроцефалия. Обыкновенно такие дети запаздывают в своем развитии уже с самого раннего возраста, но наблюдаются случаи, относящиеся, очевидно, к слабее выраженному действию сифилитического яда, когда первое детство проходит сравнительно благополучно, а болезненные явления, представляющие характерную картину сифилиса мозга, вспыхивают в возрасте 10–12 лет. И позднее, обращает внимание на то, что у таких больных наряду с умственной отсталостью особенно бывают выражены жестокость, грубость, леность и вообще не развитие этического чувства, что делает их антисоциальными элементами, врагами общества».

Профессор Л.С. Минор писал 1910 году: «Поэтому я запрещаю вступать в брак безусловно всем сифилитикам, в каком бы благоприятном состоянии здоровья они не находились в момент совещания со мной.... Далее следует указать, что даже при сохраненной *potentia* брак скорее всего будет бездетен».

Профессор П.В. Никольский указывал, что при врожденном сифилисе возможно, что «ребенок родится без проявлений сифилиса, которые не обнаруживаются в течении многих лет, даже до юношеского и возмужалого возраста и только тогда развиваются гуммозные проявления. Это — *syphilis congenita tarda*».

Анкета о здоровье Ленина, в которой Н.К. Крупская в 1935 году отвечает на вопросы, не несет в себе каких-либо признаков наследственной патологии. Ничего значимого для анамнеза там нет. Незначительную аллергическую реакцию на землянику и выраженную бессонницу во время жизни в Сибири и Европе, сложно отнести к имеющемуся заболеванию 1922–1924 годов. Бледность в стрессовых ситуациях тоже нормальная физиологическая реакция. Может вызывать лишь удивление, что после заполнения данной анкеты Н.С. Попов, занимающий пост заместителя директора НИИ мозга, был расстрелян. Но это тот случай, когда «после» не обозначает «вследствие».

Таким образом, исходя из исторических фактов, указывающих на успешное окончание В.И. Ульяновым гимназии и университета, его здоровый внешний вид, впрочем, как и всех его сибсов на всех известных семейных фотографиях, и довольно позднее начало болезни, говорит о малой вероятности наследственного варианта и не позволяют мне далее останавливаться на версии позднего врожденного сифилиса. Тем более, что лечение врожденного сифилиса у взрослых ничем не отличается от такового при сифилисе приобретенном.

«И успех, и неуспех в лечении болезни нужно возлагать как на долю врача, так и на долю пациента»

Гиппократ

Гамбит с чехардой

Известно, что пациента В.И. Ульянова с мая 1922 года до конца его жизни лечило и консультировало множе-

ство врачей мирового уровня. Давайте разберемся, кто из них мог сыграть и играл ведущую роль в определении лечения пациента.

Ряд авторов упоминает, что Ленина обслуживало до сорока врачей. Да, сорок, но правильнее говорить про медицинских работников. Из этого числа исключаем около десяти медсестер и санитаров. Следует отметить, что обязанности санитаров исполняли молодые врачи, очевидно, большевики или комсомольцы. В силу молодости и отсутствия опыта, они в данном случае нам малоинтересны. Остается около тридцати врачей. В их числе комиссаров от здравоохранения — 2 человека, логопедов — 2, стоматолог — 1, врач ЛОР — 1, ортопед — 1, офтальмолог — 1, хирургов — 2. Они были консультантами, дежурили у постели больного или связывали Политбюро с врачами, но они не определяли диагноз и проводимое лечение. Итого, врачей, которые могли участвовать в постановке диагноза и выборе лечения, осталось двадцать.

Немецких специалистов, прибывших на консультации в РСФСР, крайне удивило отсутствие в Горках выдающихся российских врачей, всемирно известных профессоров, Л.С. Минора, Л.О. Даршкевиач и Г.И. Россолимо. Г.И. Россолимо, за исключением единичной консультации в 1922 году, в ведении пациента В.И. Ульянова не участвовал. Л.О. Даршкевич, привлеченный к консультациям больного в доинсультном периоде, также не участвовал в лечении. Профессор Минор, как известно, вообще не приглашался к Ленину. Непривлечение ведущих российских врачей и приглашение в разные периоды болезни для консультации пациента девяти иностранных специалистов, пусть даже мирового уровня, это уже само по себе удивительно и, у автора как у врача, вызывает вопросы.

Из открытых источников известно, что бюллетеней о здоровье советского пациента №1 было опубликовано 35 и большая часть из них подписана иностранными специалистами. Не для того ли вызвали немцев, чтобы они начали ли уже тогда писать истории, как болезни, так и страны, в нужном ключе? Историю пишет победитель, а хорошая история, описанная «как надо», уже половина выигранного сражения. Посему почти всех «немцев», хорошо оплаченных консультантов, мы исключаем, ибо, скорее всего, их функцией была трансляция событий в Горках для внешнего мира. Слухов ходило много и мнение консультантов, зажатых рамками деонтологии, могло помочь бороться с ними.

Исключаем также Ливерия Даркшевича с его однократной консультацией и врачей-дежурантов и терапевтов — Л.Г. Левина, П.И. Елистратова и Ф.А. Гетье. После этого в нашем списке остаются только те, кто мог играть и играл значимую роль в определении методологии ведения пациента (в алфавитном порядке) —

1. В.М. Бехтерев — академик, невролог
2. А.М. Кожевников — невропатолог, приват-доцент, специалист по нейросифилису
3. В.В. Крамер — профессор, профессор, ассистент Минора Л.С.
4. М. Нонне — специалист по нейросифилису, профессор, гражданин Германии
5. В.П. Осипов — психиатр, профессор, помощник академика В.М. Бехтерева
6. О. Ферстер — невролог, профессор, гражданин Германии

Конечно, на первом этапе возобладала коллективная позиция врачей Крамера, Кожевникова и Ферстера, которая 5 мая 1923 года поменялась, так как клиническая си-

туация развивалась крайне неблагоприятно. Это выразилось в отставке 7 мая 1923 Кожевникова и победе мнения академика В.М. Бехтерева и профессора В.П. Осипова. Мы видим запись Кожевникова от 5 мая — *«Несмотря на желание Бехтерева и Осипова решено никакой специфической терапии не проводить»*.

Но 7 мая 1923 В.В. Крамер замещает А.М. Кожевникова в ведении дневника, а В.М. Бехтерев говорит о раздражении оболочек мозга у пациента. 15 мая мы видим, что пациента перевезли в Горки, и, несмотря на запись А.М. Кожевникова, начинают лечение, **на котором настаивал В.М. Бехтерев.**

Далее до 25 мая мы видим ежедневные инъекции арс, 26 мая его отменяют, но 1 июня курс начинается снова, 10 июня снова прерывают и 20 начинают снова. Два раза Крамер (1 и 4 июня) пишет вместо «арс» слово «мышьяк». Это уже седьмой курс мышьяка с начала паралитической стадии прогрессивного паралича. Окончательно мнение Владимира Михайловича на ведение пациента Ульянова закрепилось 7 июля 1923 года, когда В.В. Крамер был замещен В.П. Осиповым, который поддерживает мнение академика.

Таким образом, у данного клинического случая, который не был замечен на ранней, неврастенической стадии, и был диагностирован в стадии уже развертывания псевдопараличей, конечно, неблагоприятный прогноз в силу потери времени. Плохой гамбит, когда действия надо было предпринимать намного раньше, в 1920–1921 годах, был пропущен и самим пациентом, его родственниками, да и сотрудниками Лечсанупра Кремля. Он закончился чехардой с привлечением избыточного количества врачей, которые уже не могли сыграть роли на поле, где ведущую роль захватила болезнь.

*«В того невольно верят все,
кто больше всех самонадеян»*

«Фауст», Гёте

Зачем позвали немецких врачей?

Клиническая картина болезни, на мой взгляд, как медика, была понятна лечащим врачам пациента с самого ее начала. Под началом болезни лечащие врачи, а вместе с ними и мы, будем полагать переход от неврастенической стадии заболевания к следующей, паралитической или псевдопаралитической. Собранный профессором В.В. Крамером анамнез не позволяет нам понять точно, когда и каким путем произошло первичное заражение, но в те годы ни сами пациенты, ни их родственники не могли точно сказать об этом. Тем более, в нашем случае, данная информация никак не влияет на точность диагностики и правильность проводимого лечения.

Суммарно к лечению и консультациям пациента, начиная с момента операции 23 апреля 1922 года, было привлечено до тридцати специалистов, врачей самого высокого уровня, в том числе и девять иностранцев. В последнем не было особого смысла — клиническая картина развивалась в логике развития патофизиологического процесса, и никакое Политбюро не могло защитить вождя от грозной болезни. Лечили пациента в соответствии с принятыми в то время рекомендациями — курсами арсенобензольных препаратов, втираниями ртути, препаратами йода и висмута.

Тяга ко всему зарубежному, в том числе и к медицине, которая присутствует в нашем обществе и сегодня, очевидно, имеет глубокие исторические корни. Несмотря

на это, российская медицина начала XX века, особенно в столицах, не сильно отличалась по уровню от медицины Западной Европы и, в частности, от «немецкой» школы, с которой она была связана исторически. Группа российских врачей нашего пациента вообще состояла из настоящих суперзвезд. Во многих вопросах, в частности в науке о мозге и клинической неврологии, наши ученые, тут я просто обязан упомянуть академика В.М. Бехтерева, и врачи были зачастую даже на несколько шагов впереди.

Если учесть, что клиническая ситуация, вокруг которой строится наш рассказ, была совершенно стандартной, немецкие врачи были избыточны. Можно предположить, что политическое руководство страны осуществляло подбор команды иностранных врачей-консультантов для вождя партии из презумпции, что на Западе все лучше. Вот, что пишет Д.А. Волкогонов: *«Ленин опасно болен. Политбюро вызывает врачей из-за рубежа. Сталин дает инструкции Крестинскому в Берлин: Всеми средствами воздействовать на Германское правительство с тем, чтобы врачи Ферстер и Клемперер были отпущены в Москву на лето... Выдать Ферстеру (Клемпереру выдадут в Москве) пятьдесят тысяч золотых рублей. Могут привезти семьи, условия в Москве будут созданы наилучшие»*. Золотой червонец состоял та тот момент из золота 900 пробы весом 8.6 грамма.

Для пациента №1 не жалели ничего, подбирали самых маститых зарубежных врачей, но поскольку клиническая картина ухудшалась и ухудшалась, то к лечению привлекали все больше и больше специалистов, полагая, что это та соломинка, за которую можно вытащить Вождя. Уже существовал Лечсанупра Кремля (в будущем четвертое

Главное управление МЗ СССР), в котором работали или консультировали лучшие специалисты страны, но для ведения главы государства пошли на принцип индивидуального подбора врачей. В книге «Ленин. Политический портрет» Д.А. Волкогонов пишет: *«Традиция политического, партийного лечения уже существует. Одних врачей отводят, других предлагают, не торгуются по поводу гонораров. Н. Крестинский (полпред в Германии) сообщает шифром из Берлина, что приедут профессора Минковски, Штрюмпель, Бумке, Нонне. С другими «идет работа». Выясняются вопросы, как платить врачам: фунтами, долларами или марками. Но этих специалистов мало. Сталин телеграфом поручает А. Симановскому в Швеции командировать известного специалиста Хенишена. Тот требует 25.000 шведских крон, Москва тотчас же соглашается».*

Ни участие зарубежных коллег, ни количественный состав «синклита» немецких профессоров, не могли привести к другому результату, поскольку другой вариант исхода мог быть только при более раннем выявления заболевания на «допаралитической» стадии болезни и при отсутствии у пациента идиосинкразии на препараты тяжелых металлов. Вылечить данного конкретного пациента было невозможно, и это стало понятно уже весной 1923 года. Вероятно, часть врачей, зная неутешительную статистику выживаемости таких пациентов в те годы, предполагала подобный финал и с самого начала.

Немецкие врачи, жившие в условиях галопирующей инфляции и ежедневно прыгающего курса рейхсмарки, были прагматиками. Они не отказались поехать на заработки в революционную страну, где им очень хорошо заплатили в твердой валюте.

Вот как описана у профессора Ю.М. Лопухина их работа: «После осмотра Ленина, 21 марта, профессор Штрюмпель ставит диагноз: *endarteriitisluetica* (сифилитическое воспаление внутренней оболочки артерий — эндартериит) с вторичным размягчением мозга. И хоть лабораторно сифилис не подтвержден (реакция Вассермана крови и спинномозговой жидкости отрицательна), он безапелляционно утверждает: «Терапия должна быть только специфической (то есть антилюэтической)». Весь врачебный ареопаг с этим согласился».

Дневник страница 238: «Сегодня вторично мы все-сторонне обсудили вопрос о терапии и окончательно решено приступить к **фрикциям 2,0 мазь Hg** (написано рукой).....об этом мы доложили Политбюро. Политбюро дало утвердительный ответ». В этот день в дневнике отмечено, что вечером у Ленина были врачи немецкие профессора невролог О. Ферстер и психиатр О. Бумке, российский доктор, приват-доцент А.М. Кожевников.

Вот что сообщает **биографическая хроника** за этот день: «У Ленина состоялся (в 14 час.) консилиум врачей с участием прибывших из-за границы профессоров С.Е. Хенишена, А. Штрюмпеля, О. Бумке и М. Нонне. После подробного обсуждения истории болезни и всестороннего обследования Ленина врачи дали заключение, что «болезнь Владимира Ильича... имеет в своей основе заболевание соответственных кровеносных сосудов. Признавая правильным применявшееся до сих пор лечение, консилиум находит, что болезнь эта, судя по течению и данным объективного обследования, принадлежит к числу тех, при которых возможно почти полное восстановление здоровья. В настоящее время проявления болезни постепенно уменьшаются...».

Негативное отношение пациента к немецким врачам неоднократно отмечено в дневниках. Но из них же следует, что мнение самого больного не учитывалось. Например, 12 июня 1922 состоялся осмотр пациента профессором Клемперером. Пациент В.И.Ульянов сказал: *«пусть летит назад, это не его специальность, если нужно будет снова прилетит»*, а когда узнал, что Клемперер будет в Москве две недели Владимир Ильич сказал *«ну и пусть лечит там в Москве, там больше больных, а сюда ему незачем ездить, взялся не за свое дело»*. Далее в дневнике отмечено, что пациент также тяготится ежедневными посещениями профессора Клемперера, Надежде Константиновне сказал, что для русского человека немецкие врачи невыносимы. 19 июня 1922 доктор Кожевников отмечает, что В.И. Ульянов тяготится присутствием немецких врачей и очень просит оказать влияние, чтобы немецкие профессора уехали поскорее домой, так как в Москве очень много сплетен о его здоровье и присутствие немцев усугубляет их.

В эти дни В.И. Ульянов пишет Сталину записку: *«Сталину. Если Вы уже здесь оставили Клемперера, то советую, по крайней мере: 1. Выслать его не позднее пятницы или субботы из России вместе с Ферстером....»*. 22 июня 1922 пациент говорит: *«хоть бы скорее все это было и потом к черту весь этот синклит»*. В.И. Ульянов пишет: *«Товарищ Сталин. Врачи, видимо, создают легенду, которую нельзя оставить без опровержения. Они растерялись от сильного припадка в пятницу и сделали глупость: попытались запретить «политические посещения» (сами плохо понимая, что это значит!!!). Я чрезвычайно рассердился и отшил их.....Надеюсь, Вы поймете это, и дурака немецкого профессора и Ко отошлете.....»*.

7 марта 1923 в дневнике отмечено, что В.И. Ульянов говорит «*проклятый немец*», и ответственный за ведение дневника доктор Кожевников поясняет, что это высказывание относится к немецкому профессору Отфриду Ферстеру. Тем не менее немецкий профессор находится у постели пациента на протяжении всей его оставшейся жизни и именно он констатирует смерть.

Странно — ругаем иностранцев и стараемся лечиться у них при первой возможности, больше доверяем иностранным врачам, чем своим специалистам. И даже, если за рубежом вас будет лечить бывший соотечественник, то ему доверия больше. Но медицина, в которой в нашей стране все разбираются, причем от мала до велика, даже зарубежная, это не панацея, и врачи, даже иностранные, это не господь Бог, как тогда, в доантибиотиковую эру, так и сегодня.

Когда Н.А. Семашко, отвечая на вопросы о здоровье Ленина, говорит: «*Речь его настолько улучшилась, что он почти свободно говорит.... Ильич рвется к работе*», на 402 странице дневника за 20–22 октября 1923 года отмечено, что врачи Ф.А. Гетье, В.П. Осипов, С.М. Доброгаев подписали обращение о том, что сообщения в газетах не соответствуют желаемому и возможность быстрого выздоровления В.И. Ульянова отсутствует.

В дневниках зафиксировано мнение академика Бехтерева, хотя он только два раза консультировал пациента в мае и ноябре 1923 года. Но ни на одной странице мы не увидим каких-то выводов немецкого врача Отфрида Ферстера, который на протяжении почти всего периода болезни находился при Ленине (впрочем, есть один лист на немецком языке в конце дневника, на котором полностью дублируется мнение советских врачей). Доктор, как бы, есть, но мнения его мы не знаем.

Именно профессор Ферстер, единственный представитель зарубежных врачей, присутствовал на вскрытии тела и подписал акт патологоанатомического исследования. Ему пора домой в Германию, длительная командировка, длящаяся с перерывами почти два года, закончилась, его работа очень хорошо оплачена. У него впереди 17 лет жизни и плодотворной работы. В газетах от 22 января 1924 года, лозунги Московского комитета — «Ленин — солнце будущего», «Дело Ленина переживет столетия», «Могила Ленина — колыбель свободы всего человечества». Быстрее подписать бумаги и уехать из революционной страны — вот его главное желание.

Присутствие большой группы зарубежных врачей — это верификация именно официального сценария болезни, который был предложен гражданам государства, возникшего на территориях бывшей Российской империи. Иностранное участие требовалось, как «знак качества проведенного лечения», дополнительное подтверждение того, что у великих людей все течет необычно, даже болезни. Поэтому в патологоанатомическом заключении, написанном по-русски, в результативной части стоит уникальный диковинный диагноз: немецкое «Abnutzungssclerose».

*«В какой бы дом я ни вошел, я войду
туда для пользы больного»*

Гиппократ

Кто Вы, доктор Кожевников?

Вести дневник болезни пациента В.И. Ульянова был назначен неизвестный нам доктор. Напомню, дневник — довольно необычный документ для врача (если только он

не писатель), как минимум, не относящийся к стандартной медицинской документации, очень странный факт: пациент, глава государства, известен всему миру, а врача выбирают ему настолько неизвестного, что никто ничего о нем не знает и сегодня. Но, именно приват-доцент, невролог и специалист по нейросифилису Алексей Михайлович Кожевников начинает дневник с самого начала и ведет его почти целый год до 7 мая 1923 года.

Фамилия его известна благодаря основателю отечественной неврологии Алексею Яковлевичу Кожевникову, имя которого носит клиника нервных болезней на ул. Россолимо, но наш молодой, по современным меркам, а тогда, скорее, сформировавшийся и зрелый сорокалетний доктор, просто его однофамилец. Он однозначно упоминается в мемуарах профессора А.И. Абрикосова наряду с еще несколькими десятками известных в медицинских кругах фамилий.

Итак, вот, что мы знаем. В 1922 году доктору Алексею Михайловичу Кожевникову ровно сорок лет, он специалист по нейролюэсу. Поле деятельности для такого специалиста огромное. В психиатрических учреждениях по всей стране пациентов с этой болезнью было от 10% до 40% (по данным разных авторов). Если учесть, что часть больных лечилась дома, или не доживала до паралитической стадии, и добавить сюда табес и наследственный нейросифилис, то можно представить, что это была проблема в рамках не только России, но всей Европы.

Вот что пишет Ю.М. Лопухин: *«29 мая на консультацию был приглашен профессор А.М. Кожевников — невропатолог, специально исследовавший сифилитические поражения мозга (еще в 1913 году он опубликовал статью «К казуистике детских и семейных паралюэтических за-*

болеваний нервной системы» в журнале «Невропатология и психиатрия им. С.С. Корсакова», 1913)».

Назначен доктор был, несомненно, Политбюро, по рекомендации наркомов здравоохранения, а именно Н.А. Семашко и В.П. Осипова. Полагаю, что его знал и рекомендовал для ведения пациента Ф.А. Гетье, личный доктор семьи Ульяновых, у которого Кожевников писал диссертацию в Солдатенковской больнице. В воспоминаниях патологоанатома А.И. Абрикосова читаем: *«Прозектура Солдатенковской больницы, несмотря на малый объем ее, была с самого начала прекрасно оборудована, снабжена самыми совершенными микроскопами, микрофотографическим аппаратом и т.д. Это обстоятельство, а также то, что материал прозектуры представлял большое разнообразие и интерес, привлекала в прозектуру большое количество врачей-экстернов; некоторые из них работали над специальными научными темами, готовили докторские диссертации, другие совершенствовались в патологической анатомии. Хорошо помню работавших над диссертациями В.К. Хорошко, В.П. Воскресенского, С.М. Рубашева, А.М. Кожевникова, ставших в дальнейшем профессорами И.В. Давыдовского, С.С. Вайля, которые начала работать по патологической анатомии в прозектории Солдатенковской больницы. Количество врачей, желающих работать (там) в начале 1914 года стало настолько большим, что некоторым из них приходилось отказывать за недостатком места».* Это доказывает, что доктор Ф.А. Гетье знал доктора А.М. Кожевникова, как минимум, с 1914 года. Как семейный врач Ленина, он мог прекрасно понять характер заболевания вождя. Врач не моралист, его задача лечить или передать пациента профильному специалисту. Поэтому Гетье вполне мог порекомендовать

именно того доктора, которого счел нужным пригласить в данной ситуации.

Мог ли рекомендовать Кожевникова кто-то другой, например, Россолимо, Даркшевич либо Крамер? Конечно, могли, поскольку медицинское сообщество было в те годы более узким, чем сегодня. Все лучшие специалисты Москвы близко знали друг друга. Например, именно доктор Г.И. Россолимо убедил А.И. Абрикосова в 1916 году участвовать в конкурсе на заведование кафедрой патологической анатомии Московского университета.

9 марта 1923 года в дневнике отмечено, что *«Владимир Ильич очень не любит, когда приезжают новые врачи и это летом его расстраивало в особенности, если эти врачи неспециалисты по основному заболеванию»*. Доктор Кожевников, разумеется, не относился к этой категории.

Молчание на протяжении всей оставшейся короткой жизни доктора Кожевникова, как научное, так и клиническое, после отстранения его от ведения пациента В.И. Ульянова, можно объяснить только тем, что фактически этот медицинский случай поставил крест на его карьере. Кроме того, ему, весьма вероятно, порекомендовали не публиковаться даже на профессиональные темы. Любая статья дежурного врача Ленина подтверждала бы слухи, о том, что его пациент страдал от сифилитического поражения мозга.

Умер доктор рано, в 53 года, в 1935 году, не оставив после себя ничего, кроме памятника на забытой могиле. Из истории медицины известно, что врачам часто приходилось платить за участие в лечении первых лиц государства высокую цену, теряя здоровье и даже жизнь. Это и известное «дело врачей», и печальная судьба доктора царской семьи Е.С. Боткина, и, что вероятно, часть врачей, участвовавших в лечении пациента В.И. Ульянова...

*«Мы дети страшных лет России,
Забывать не в силах ничего»*

А. Блок

Доктор Гетье

Всем известна одна из последних фотографий Ленина в кресле-каталке, сделанная в саду. По левую руку от пациента стоит его личный доктор Федор Александрович Гетье, единственный среди врачей, имевший дружественные отношения с семьей Ульянова. Человек, который нашел в себе личное и профессиональное мужество и не подписал патологоанатомическое заключение с нелепым диагнозом «*Abnutzungssclerose*».

Напротив храма в самом конце Большой Филевской улицы на высоком берегу Москвы-реки стоит почти полностью разрушенная усадьба Нарышкиных. Мало кто из филевских и кунцевских жителей знает, что это усадьба мецената Козьмы Терентьевича Солдатенкова, на деньги которого доктор терапевт Федор Александрович Гетье построил в 1910 году больницу для бедных. Впоследствии в 1918 году больнице было дано имя Петра Сергеевича Боткина, сына которого, Евгения Сергеевича, расстреляли вместе с царской семьей.

Когда доктор Гетье “строил” больницу, он обратился к доктору А.И. Абрикосову, который в дальнейшем стал основателем отечественной школы патологической анатомии и академиком, за помощью, чтобы тот нарисовал план прозекторской (прозектория в терминологии тех лет) так, как он её видит. Вот как об этом пишет в своих воспоминаниях, изданных в 1939 году, сам академик Абрикосов: *«Еще летом 1909 года Ф.А. Гетье обратился*

ко мне с просьбой просмотреть план прозектория при строящейся новой больнице. В плане я нашел ряд существенных недостатков (слишком малая площадь, всего один вход общий для персонала, врачей, трупов, родных оформление в виде одного здания с часовней и др.), и была созвана комиссия во главе с архитектором И.А. Ивановым-Шицем, которая вполне согласилась с моими указаниями».

Доктор Гетье знал Абрикосова с тех времен, когда Алексей Иванович еще студентом работал у него в терапевтическом отделении Старо-Екатерининской больницы (в последствии МОКИ, а сегодня МОНИКИ). Возможно, Гетье, ставший с 1919 года личным врачом семьи Ульяновых, и рекомендовал профессора Абрикосова для вскрытия тела Ленина и написания патологоанатомического акта. Напомню, сам Ф.А. Гетье акт так и не подписал, поскольку видел клиническую картину и однозначное расхождение патологоанатомического описания с результативной частью, за что, я уверен, заплатился своим единственным сыном.

Александр Федорович Гетье, альпинист и тренер по боксу, был включен в сталинский список на расстрел 3 января 1938 года. Судебное слушание по таким спискам производилось без участия сторон, без вызова свидетелей, кассационные жалобы и ходатайства о помиловании не допускались. Рассмотрение дел по спискам требовало обязательной предварительной санкции Политбюро ЦК ВКП(б), оформленной специальным решением. 8 января Александра расстреляли. Федор Гетье, которому было уже 75 лет не переживет этого и умрет 16 апреля 1938 года. Он много сделал для отечества, для больных, но режиму он больше не был нужен. А сколько еще судеб в истории нашей страны, когда за, вроде

бы, естественной смертью стоит огромное человеческое горе.

Могила мецената Солдатенкова, который распорядился в своём завещании выделить средства на постройку в Москве бесплатной больницы «для всех бедных без различия званий, сословий и религий», включавшей в себя по плану 18 корпусов, находилась на Рогожском кладбище и была уничтожена в годы Советской власти. Но память в истории отечественной медицины о русских людях Федоре Гетье и о Козьме Солдатенкове, которую надо передать по эстафете будущим поколениям врачей, осталась.

«Выражение «лечить не болезнь, а больного» несет в себе признаки какой-то сложно объяснимой чертовщины, которая в сочетании с оперированием достижений высокой науки несет в себе определенную привлекательность».

Доктор В.М. Новоселов

Бумке, Ульянов и ятрогения

В 1923 году к герру Президенту, как называл Ленина его лечащий доктор Ферстер, был вызван немецкий психиатр Освальд Бумке. Вот протокол Политбюро № 55 от 15 марта 1923 года, пункт 7, в котором определено: «О расширении консилиума врачей, пользующих В.И. Ленина (присутствует Семашко). Решено: а) Подтвердить решение Политбюро от 11-3-1923 г. о расширении состава консилиума по указанию врачей, с привлечением

всех медицинских сил, которые в какой бы то ни было степени могут быть полезны для постановки диагноза и правильного лечения Ленина. б) Поручить Сталину и Зиновьеву в закрытом заседании СНК сообщить о тех мерах, которые предпринимались ЦК по уходу и лечению Ленина. в) Ввести Рыкова в состав комиссии, назначенной Политбюро для переговоров с врачами, на время болезни Троцкого».

Согласно этому протоколу, к В.И. Ульянову были вызваны несколько самых известных врачей Европы того времени. Был приглашен и один из самых известных психиатров Германии Освальд Бумке, уровень которого был настолько высок, что именно он стал преемником «кресел» выдающихся психиатров Эмиля Крепелина и Алоиса Альцгеймера, которых знают врачи во всем мире. Именем Альцгеймера доктор Крепелин назвал болезнь, с которой сегодня борются все ученые мира (генетики, нейрохимики, нейрофизиологи и т.д.). Сегодня, по данным Всемирной организации здравоохранения, насчитывается около 35 млн. человек, которые болеют ею, а к 2050 году их будет уже около 165 млн. Справиться с ней пока не удастся, поскольку до сих пор остаются неясными ее механизмы.

Доктор Бумке должен был пробывать у пациента лишь несколько дней, но находился в СССР намного дольше. Впервые он упомянут в дневниках 20 марта 1923 года: «С 17-00 до 18-00 было совещание с Бумке, Штрюмпелем, Нонне. После этого Ферстер, Крамер, Миньковский и Кожевников поехали в Кремль». Последний день, когда О. Бумке отмечен в дневнике — 22 апреля 1923 года. Т.е., прошло пять недель.

Почему же профессор задержался на такой срок, и что же столь заинтересовало его в данном клиническом слу-

чае? Ну, уж, конечно, не сифилитический психоз, который, надо признать, был вполне типичным для того времени, и по клинике, и по лечению, и по исходу. Но этот обычный, на взгляд автора, клинический случай явно заинтересовал профессора, и не течением болезни, а обстановкой, которая была создана вокруг самого пациента.

Необычным в этой ситуации было хотя бы то, что в консультациях, лечении, дежурствах у постели пациента участвовало три десятка врачей с известными именами. При этом, за малым исключением, практически все не просто профессора, но и основатели, кто в прошлом, кто в будущем, собственных школ, направлений, научных институтов, научных обществ и журналов для специалистов.

Ответ на вопрос, «что же так заинтересовало Бумке», по моему мнению, состоит в том, что появилось вскоре после посещения известным психиатром СССР. Это термин «ятрогения», который профессор вводит в обращение уже в 1925 году. Он обозначает отрицательное воздействие на состояние пациента, вызванное врачами (либо прочим медицинским персоналом). Действия врачей, приводящие к ухудшению качества жизни, в том числе и на конечной стадии жизни пациента, кем бы он ни был, также подходят под это определение. Каких-либо признаков, того, что от этого термина откажутся в будущем, не заметно, поскольку явление оказалось представлено настолько широко, что встроено, как нежелательный, но постоянный признак, и в современную медицину.

Изучив дневник А.М. Кожевникова, я сделал вывод, что профессор Бумке был очень наблюдательным врачом и глубоким ученым, он имел системное мышление, обладал даром ставить правильные вопросы, что очень важно как для врача, так и для исследователя. Наблюдение за

взаимоотношениями «синклита» профессоров и пациента — вот, что закономерно и привело профессора Бумке к созданию термина, который не просто прижился, но и постоянно используется на протяжении почти ста лет. Следует отметить, все чаще и чаще...

Какие существуют данные, позволяющие утверждать, что *post hoc, ergo propter hoc* («После этого — значит по причине этого», лат)? Почему я полагаю, что именно вследствие посещения и наблюдения за больным и врачами Ульянова психиатр Освальд Бумке ввел в обращение термин «ятрогения» и нет ли здесь логической ошибки?

Для начала приведу аналогию. Существует ли связь между посадкой Чарльза Роберта Дарвина в 1831 году на корабль «Бигль» и созданием в 1859 году теории о происхождении видов. Любая научная мысль является следствием интенсивной и длительной работы мозга ученого. Что именно станет конечной точкой в формировании теории, термина, синдрома или создании целой научной школы, остается только предполагать. Разумеется, нельзя утверждать, что какое-то одно четко ограниченное по времени событие является причиной формулирования научной мысли. Тем не менее, именно фактура рассматриваемого нами клинического случая (конечно, не исключено, что профессор Бумке наблюдал и другие примеры из своей клинической практики), говорит, что он был идеальным случаем ятрогении. Кроме того, консультирование Бумке пациента В.И. Ульянова слишком мало отставлено по времени от конечного результата, т.е. от донесения научному сообществу нового термина.

К созданию термина Бумке могла привести и история лечения пациента до его приезда, которая без со-

мнений была ему доложена. Это утверждение основано на том, что если врача вызвали для консультаций, то, следовательно, довели до него всю фактуру событий. Например, в 12-00 часов 4 августа 1922 года Ферстером и Крамером сделано вливание. Сразу после впрыскивания препарата, который вводили ему уже начиная с 1 июля, пациент Ульянов вдруг замолчал, и стал как бы жевать и чмокать губами. Правая рука и нога еще действовали, но вскоре после этого они перестали двигаться. Складки на лице справа глажены, лицо скошено влево не говорит глаза открыты правые рука и нога неподвижны левыми производит движения. Справа ясный «Бабинский» и повышение всех рефлексов на руке и ноге. Через четверть часа отклонение языка вправо и продолжается парез «правого faciалис». Появились небольшие дергания в руке. Через 20 минут первые движения в ноге. Дальше описывается картина улучшения и возвращения к исходному состоянию в течение 2,5 часов. К этому моменту в организм пациента введено уже суммарно 2.95 грамма арсенобензольного препарата, т.е. около 1 грамма мышьяка. Подобных реакций на введения препарата в дневниках лечащих врачей до приезда О. Бумке отмечено еще несколько, соответственно, все они были доведены до сведения немецкого профессора. Напомню, любые действия медицинского персонала, даже по объективному незнанию, приводящие к ухудшению состояния пациента, мы можем на сегодня называть ятрогенными. Подобные реакции повторялись с 20 по 25 июня 1923 года, когда каждое введение препарата мышьяка заканчивалось сильным возбуждением пациента, а 24 июня 1923 года, уже после отъезда профессора Бумке в Германию, врачи отметили даже страшное возбуждение.

На это же указывает запись в дневниках 15 января 1924 года о том, что врачи не могут проводить лечение в силу непереносимости некоторых лекарств больным и его негативного отношения больного к медикам. *«Врачи пользующие Владимира Ильича не раз отмечали и считают необходимым указать, что в следствии отрицательного отношения больного к лечебным мероприятиям, в следствии повышенной чувствительности его организма к ряду лекарств веществ и существующего у него отрицательного отношения к врачам вообще — не удастся использовать в надлежащей степени все лечебные мероприятия которые врачи находят полезными и существенными, поэтому, они вынуждены ограничиться применением лишь некоторых средств в небольших дозах и профилактическими мерами»*. Т.е. сами врачи указывают, что препараты арсенобензольного ряда не могут помочь пациенту. А ведь это бесполезное лечение, проводилось с 1 июля 1922 года, и, очевидно, у Ленина была как минимум идиосинкразическая реакция на препарат первой линии. Подобных курсов насчитывается семь, включая прерванные. Это говорит о том, что врачи наблюдали, и не раз, реакцию организма пациента на введение препарата. Описанные выше реакции на введения арсенобензольного препарата от 6.09.1922, 10.03.1923, 22.03.1923 можно отнести к ятрогениям. 28 ноября 1923 года состоялся консилиум лечащих врачей, на котором В.М. Бехтерев предлагает лечение неосальварсаном. Это предложение было отвергнуто консилиумом, поскольку идиосинкразия на препараты мышьяка у пациента, приводила к токсическому действию на сосуды мозга и ухудшению состояния.

В дневнике лечащих врачей В.И. Ульянова, почти с самого начала, отчетливо видно, что пациент отрицательно

относится к «немецким» докторам. Можно ли назвать явление, когда на фоне крайне негативного отношения пациента к немецким врачам, одного из них оставляют при нем на протяжении всей болезни, а на какой-то стадии, привлекают дополнительно несколько немецких специалистов, ятрогенным, пусть каждый коллега решит сам.

Текст дневника от 21 февраля 1923 года указывает: лечащий доктор Ферстер проговорился в присутствии Ленина, что врачи докладывают в ЦК о его состоянии и динамике. В результате у пациента началось нервное возбуждение. В конечном счете, ошибка немецкого профессора привела к тому, что его пациент стал хуже говорить, ему было сложно подобрать слова. 14 мая 1923 доктор Нонне потрепал В.И. Ульянова по подбородку. Тот сильно рассердился, затем начались сильные боли. Все это сегодня можно назвать ятрогенией. Вот еще один, весьма характерный пример: *«31 июля 1923: Владимир Ильич сегодня спал хорошо, у него прекрасное настроение, гулял до 12-00. Как только пациент увидел профессора О. Ферстера, сразу пришел в резко возбужденное состояние, грозил кулаком. У него гневная мимика, издавал нечленораздельные звуки, долго волновался после его ухода, дрожал, вздыхал».*

Надо отдавать отчет, что русский след в создании термина «ятрогения» — это тот пласт истории медицины, где прямого доказательства в виде бумажной записи или научной статьи не было и быть не может. Не только Бумке, но и ни один «немец» из команды лечащих врачей не оставил записей медицинского формата о болезни В.И. Ульянова. Очевидно, врачам, которым заплатили огромные деньги, пришлось давать гарантии молчания. И они эти условия точно соблюдали на протяжении всей оставшейся жизни.

Доктор Освальд Бумке, конечно, предложил термин на основании своего огромного опыта работы в психиатрии.

Глубокое понимание им развития психиатрической научной мысли нашло отражение в пяти лекциях, прочитанных на съездах германских невропатологов в 1924–1925 годах. Они были изданы в СССР в книге «Современные течения в психиатрии». Имя Освальда Бумке запечатлено в клинической практике в виде симптома Бумке.

Если кто-то сможет предложить другого конкретного пациента О. Бумке, наблюдения за которым могли привести к созданию термина ятрогенения, я буду только рад, но, похоже, этого никому и никогда не удастся сделать. В итоге, нам остается только след в дневниках лечащих врачей пациента Ульянова.

После создания своего термина профессор Освальд Бумке проживет еще четверть века и умрет через пять лет после окончания Второй мировой войны в 1950 году. *«Сверх всего, мы во всяком случае не должны терять связи с пройденной научной эпохой. Лишь её достижения — мы знаем, как велики эти достижения — создали возможность нынешней нашей работы»* (Из доклада, прочитанного Освальдом Бумке на общем собрании Германского психиатрического Общества и в обществе германских невропатологов в Инсбруке 25 сентября 1924 года).

*«Нестабильное состояние равно
трудно и больному человеку, и чело-
веку в больном обществе»*

Н.П. Бехтерева

Академик В.М. Бехтерев

Интересное явление — спросите любого врача невролога, кто такой академик Владимир Михайлович Бехтерев,

и он ответит, что — невролог, спросите первого попавшегося психиатра, и тот скажет — психиатр, а зададите вопрос нейрофизиологу (очень редкая специальность) — даже он сообщит, конечно, что Бехтерев великий нейрофизиолог, потому что изучал физиологию мозга. Все профессионалы хотят считать академика своим, так как его вклад в науку о мозге велик, знания, которые он внес в мировую науку, обширны, а нам всегда приятно прикоснуться к великому.

Вот как звучало обращение в его адрес в официальном сообщении: *«Заслуженный ординарный профессор Военно-медицинской академии, совещательный член Медицинского совета министерства внутренних дел и Военно-санитарного ученого комитета, ординарный профессор Санкт-Петербургского женского медицинского института и член Совета презрения душевнобольных, учрежденного императором Александром III, академик, тайный советник В.М. Бехтерев».*

Сегодня многие люди, знакомые с научными трудами или историей жизни академика, в их числе, конечно, есть и врачи, полагают, что выдающегося нейрофизиолога и врача конца XIX — начала XX века В.М. Бехтерева отравили в декабре 1927 года, под самый Новый год. И основания для таких выводов есть.

В конце декабря 1927 года академик должен был участвовать в I Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров, для чего с женой приехал в Москву, где поселился на квартире профессора МГУ С.И. Благоволина. 22 декабря Бехтерев был избран почетным председателем съезда и прочитал свой доклад. 23 декабря он руководил съездом, который проходил на Кудринской улице в здании Института психопрофилактики Наркомздрава. Никаких указаний на возможное начало болезни в этот день нет,

наоборот, все указывает на благополучие. Он осмотрел лаборатории и посетил в этот же день вечером Большой театр, где давали «Лебединое озеро».

Той же ночью у него появились боли в животе. 24 декабря 1927 года состоялся консилиум профессоров Шервинского и Бурмина, доктора Константиновского. Проводимые ими лечебные мероприятия не дали желаемого эффекта. Появились признаки ослабления сердечной деятельности. Заболевание протекало, если так можно говорить о настолько стремительном процессе, с симптомами, которые можно отнести к токсикоинфекции или холере. Одновременно нарастали признаки общей интоксикации, нарушения сердечной деятельности, дыхания и в 23-45 В.М. Бехтерев скончался.

Но это же симптомы отравления арсенолом (мышьяком)! И, несмотря на сходство указанных заболеваний и отравления, они все же отличались, и врачи могли их дифференцировать уже по клинической картине. Вот как это описано в клинической фармакологии тех лет: *«Она (клиническая картина, пометка автора) начиналась с сухости и жжения в глотке и пищеводе, затем тошноты и далее рвоты, к которой примешиваются в последствии желчь и небольшие количества крови; присоединяются сильные боли и, наконец, появляется холероподобный понос, с испражнениями вида рисового отвара.... Для дифференциального диагноза от холеры весьма важно присутствие болей и несколько запаздывающее, по отношению к рвоте, появление поноса. Смерть наступает при явлениях затрудненного кровообращения вследствие коллапса и сгущения крови».*

Тело академика вынесли из квартиры Благоволина 27 декабря после 13-00, затем была панихида на Моховой улице в актовом зале старого здания Московского

университета. Кремация состоялась в тот же день. На панихиде Председатель ЦИК СССР М. Калинин сказал: *«Наука неотделима от социализма. У нас есть огромные силы, которые до сих пор этого не осознали. Покойный же тов. Бехтерев усвоил это в самом начале Октябрьской революции. Однако год за годом наука делает медленную передвигку в умах и других ученых, заставляя и их осознать, что наука и социализм — одно и то же».*

В Ленинград уже приехала урна с прахом, которую встретило огромное количество людей. Состоялся траурный митинг с участием научной общественности. Урна в тот же день была выставлена в музее Бехтерева при его Институте по изучению мозга и психической деятельности.

Довольно простая проба Марша (проба на мышьяк) позволяла сделать токсикологическую экспертизу даже в те годы, тем более, в РСФСР, где отравления мышьяком и тяжелыми металлами, которые были доступны для населения, встречались довольно часто. Уже на тот момент пробу Марша около века широко использовали именно для обнаружения следов мышьяка в теле умерших. Отсутствие политической воли выяснить причину смерти академика (скорее всего, было дано устное указание ничего не выяснять и закрыть глаза на подозрительность смерти) и объясняет, почему такую пробу не сделали, а тело спешно кремировали и намекает нам на реальность версии отравления, как причины внезапной смерти академика.

При желудочно-кишечной форме отравления мышьяком на вскрытии тела должны были быть обнаружены: *«резкая набухлость слизистых оболочек желудка и кишечника, слизистым, иногда пленчатым, эксудатом; Пейеровы бляшки сильно инфильтрованы, эпители-*

альный слой местами отторгнут (в роде изъязвлений); как брыжжеечные, так и мелкие сосуды стенок кишек резко расширены, с многочисленными мелкими кровоизлияниями....» (Соединения мышьяка. Курс фармакологии, 1929 год). Патологоанатом Никифоров М.Н. так пишет в 1913 году о патоморфологии желудка при таком отравлении: *« сопровождается образованием мелких струпов и эрозий на слизистой»*.

К сожалению, у нас нет ни данных токсикологического исследования, которое должно было сделано в этом случае, но не было сделано. Соответственно, нет и данных патологоанатомического исследования тела.

Что еще подкрепит версию отравления? Академик был, несмотря на свои 70 лет, очень здоровым человеком крепкого телосложения. В течение всей жизни у него было отменное здоровье. Об этом, кроме многочисленных сведений современников, говорят его фотографии. Незадолго до смерти Бехтерев женился на сорокапятилетней женщине (со слов Н.П. Бехтеревой, она была племянницей всемогущего Генриха Ягоды, фактически исполнявшего функции председателя ОГПУ, поскольку В.Р. Менжинский, сменивший умершего в 1926 году Ф.Э. Дзержинского, постоянно болел).

На здоровье указывает и чудовищная работоспособность академика. Вот какая характеристика дана в книге цикла ЖЗЛ «Бехтерев»: *«Проявляя колоссальную настойчивость и титаническую трудоспособность, Бехтерев достиг немалых успехов в осуществлении поставленных планов»*. 47 названий симптомов, синдромов, точек и болезней, названных по его имени, которые я обнаружил в научной и медицинской литературе, наверное, это один из самых высоких, если не самый высокий результат в научном мире (даже выдающиеся ученые оставляли после

себя два-три симптома, названных их именем). Для примера, известные неврологи своего времени Л.С. Минор и Г.И. Россолимо оставили 7 и 6 названий, соответственно, в области неврологии. Таким образом, В.М. Бехтерев был не просто одарен и работоспособен, он и чудовищно продуктивен. Его интересы простираются от изучения проводящих путей, проблем старения мозга до гипнотизма и коллективной рефлексологии. Бехтерев также был очень настойчив в достижении своих целей, иначе не достиг бы того, чего он достиг уже на момент Октябрьского переворота — он академик и генерал медицинской службы.

Именно характер, кипучая энергия и пассионарность нейрофизиолога привели его к смерти 24 декабря 1927 года от рук людей, одурманенных идеями мировой революции, имевших когнитивное предубеждение, что сначала надо разрушить все то, что веками строилось нашими предками. При строительстве нового часто уничтожают старое и, явно, академик мешал в строительстве нового типа человека другой формации. Это главная предполагаемая мною лично причина, которая позволяет закрепить идею политического заказа на отравление академика: **В.М. Бехтерев, организовал Государственный НИИ мозга (НИИ по изучению мозга и психической деятельности).** Теоретически, именно ему, как первому лицу в мировой науке о мозге, должны были бы отдать мозг пациента Ульянова. Но этого не произошло. При жизни Бехтерева научная общественность явно задавалась вопросом, почему мозг Ленина не отдадут ведущему мировому специалисту. Сложилась довольно странная ситуация: институт Бехтерева, изучающий мозг находится в Ленинграде, главный специалист

страны там же, а главный мозг страны решают изучать в Москве во вновь созданной лаборатории.

В 1924 году, на момент смерти Ленина НИИ мозга в Ленинграде состоял из пяти отделов, включая отдел морфологии мозга. Еще в 1918 году НИИ передали дворец великого князя Николая Николаевича на Петровской набережной Невы. Шла многолетняя сложная и комплексная научная работа по исследованиям строения и функций мозга. При институте работали несколько музеев, среди которых был музей сравнительной анатомии. Институт входил в состав Психоневрологической академии, которую возглавлял Бехтерев. Издаются научные работы, регулярно собирается научное общество, отлажены связи с зарубежными журналами и университетами. Конечно же, следуя логике, мозг В.И. Ульянова следовало бы отдать именно в это учреждение.

Но некто решил иначе, уравнив далеко неравнозначные научные учреждения: вновь образованную лабораторию в Москве и НИИ мозга под руководством В.М. Бехтерева. Зато после внезапной смерти ученого решение хранить мозг вождя мирового пролетариата В.И. Ульянова в московской лаборатории и не передавать его Бехтереву вызывает меньше вопросов, так как самого Бехтерева уже нет. Это закрепляется и следующим действием — уже в 1928 году московская лаборатория становится НИИ мозга.

И вот итог — отравление мышьяком, самым распространенным веществом, который использовали в те годы. Версия бытового отравления, которая, как известно, тоже существует, скорее, является прикрытием: если кто-то и будет что-то подозревать, то пусть уж лучше думает о семейной драме.

Могла ли смерть выдающегося ученого быть связанной с высказыванием Бехтерева о диагнозе Сталина? Молва она и есть молва, ее ничем не подтвердить. Но, если слова В.М. Бехтерева о его предполагаемом диагнозе И.В. Сталину озвучены только неким третьим лицом, то диагноз, поставленный ученым Ленину, закреплён документально.

Вот описание того, как Бехтерев встретился с больным уже тогда В.И. Ульяновым: *«С марта 1923 года до Бехтерева стали доходить слухи о тяжелой болезни вождя пролетариата. Несколько позже в печати появились медицинские бюллетени о состоянии здоровья Ленина. В мае 1923 года перед выездом в заграничную командировку Бехтерев посетил правительственные учреждения в Москве. Ему предложили дождаться прибытия из Петрограда своего бывшего ученика профессора В.П. Осипова и вместе с ним проконсультировать больного Ленина. Бехтерев изъявил желание не откладывать консультацию и в тот же день в сопровождении видного московского невропатолога В.В. Крамера прибыл в Кремль, где Ленин находился в своей квартире в здании Совнаркома. В одной из комнат ленинской квартиры Бехтерев застал около десяти врачей во главе наркомом здравоохранения Н.А. Семашко. Из немецких невропатологов, принимавших участие в лечении Ленина, присутствовал профессор Нонне. Бехтереву предложили ознакомиться с объемистой, напечатанной на машинке историей болезни Ленина».*

Мнение В.М. Бехтерева о продолжении специфической терапии пациенту зафиксировано в письменном виде в дневниках лечащих врачей 5 мая 1923 года: *«После обсуждения, несмотря на настойчивое желание Бехтерева и отчасти Осипова никакой специфической терапии*

не проводить (написано рукой)». Там же о втором посещении академика Бехтерева от 28 ноября 1923: «Академик Бехтерев предложил лечение вливаниями неосальварсана, чтобы была отвергнута.....». Это отдельное мнение в записях лечащих врачей пациента Ульянова говорит о профессиональной принципиальности В.М. Бехтерева, указывает на то, что он всегда отстаивал свое мнение, тогда как мнения других врачей в дневнике практически не отмечены.

Большевистское руководство поддерживало работу Бехтерева, но относилось к нему с недоверием. Мозг Ленина ему так и не отдали: слишком прям был Владимир Михайлович. Он вполне мог высказаться о болезни вождя научным языком так, что все бы в мире поняли, чем страдал его пациент. Напомню, Ленина лечили препаратами арсенобензолного ряда, в том числе и по настоянию самого академика В.М. Бехтерева и его помощника профессора В.П. Осипова.

Мой неутешительный вывод: В.М. Бехтерев, с его жестким характером и профессиональными принципами, если бы не погиб в 1927 году, то сторел бы в политической мясорубке 1930-х одним из первых — режим «подравнивал» всех, кто отличался от общей массы строителей красного проекта.

Вот мнение правнука В. М. Бехтерева, директора Института мозга человека, С.В. Медведева: *«То, что его убили, вещь очевидная. А история связана с Лениным, что Бехтерев поставил ему диагноз сифилис мозга (он как раз собирался ехать на международный конгресс, где мог рассказать, и, скорее всего, это и послужило)... доказать ничего нельзя: если система хочет убрать доказательства, она делает это хорошо».* Если у гражданского общества и клинического сообщества ранее не было письменных

свидетельств такого диагноза, то теперь у нас есть дважды высказанное мнение самого академика, зафиксированное в дневнике пациента.

Я полагаю, что, хотя отравление и связано с болезнью В.И. Ульянова, но в более сложном историческом пасьянсе. «Дневник» все-таки был спрятан в архиве до решения в 2017 году руководства РГАСПИ открыть его для научной и медицинской общественности. Скрыв дневник, вряд ли стоило остерегаться Бехтерева. Даже если бы он, выехав за границу, что-то сказал кому-то в личной беседе о причине болезни Председателя Совнаркома, доказательств и подтверждений его словам не было бы. Это связано, по моему глубокому убеждению, именно с организацией НИИ мозга в Москве и передачей ему мозга В.И. Ульянова.

«Официальная» история мозга Ленина и его странным несуществующим диагнозом должна была быть не только красиво написана. Изложить ее для общественности предстояло весьма авторитетным лицам. А все, кто теоретически мог каким-то образом подорвать их авторитет или высказать свое высокопрофессиональное мнение, подрывающее легенду, должны были замолчать. А уж если это могло быть мнение первого лица в науке о мозге, то есть, Бехтерева, то смерть его становилась неизбежной.

Большевики ломали об колено само время, переселяли целые народы, создавали человека совершенно нового типа, и никакой академик не мог стать значимым препятствием у них на пути — его раздавили одним из первых, а потом стерли в порошок сотни других ученых.

Институт мозга, где должен был храниться и изучаться мозг В.И. Ульянова, это не только история самого вождя, как иконы красного проекта, это идеология формиро-

вания человека нового типа; тут ошибок быть не может. В своей книге «Мозг пошлите по адресу....» Моника Спивак приводит мнение, высказанное в рамках журналистского расследования: *«Исследования института, по мнению новой власти, должны были подкрепить мысль о том, что большевистская идеология является «высшей стадией эволюции человечества».*

Как и принято было в СССР, в книге ЖЗЛ, посвященной В.М. Бехтереву, выпущенной в 1986 году, ни слова не говорится об очень высокой вероятности отравления академика. Зато написано о том, что нарком Н.А. Семашко 28 декабря 1927 года, на следующий день после кремации, выступил со статьей: *«Бехтерев был одним из первых ученых, которые пришли к нам после Октября. Стоит только вспомнить те тяжелые времена, когда ученые были настроены частью враждебно, частью выжидательно, чтобы понять, какого ценного работника получила в лице Бехтерева молодая Советская власть.....».*

Создание второго института мозга в одной стране, где не хватало самых простых вещей, подтверждает, что это мера режима по охране тайны болезни вождя мирового пролетариата. Политическое руководство страны пошло на дополнительные и значительные затраты, создав учреждение, явной необходимости в котором, если только перед ним не были поставлены другие задачи, не было. И только экономическая ситуация, а возможно и политическое решение властей новой России, привели к исправлению этого казуса. На сегодня в нашей стране существует лишь один НИИ мозга человека, а лаборатория по изучению мозга Ленина, которая позднее превратилась в московский НИИ мозга, прекратила существование и логично влилась в другое научно-клиническое учреждение.

Революции всегда будут приводить к последствиям, с плохо просчитываемым результатом, часто непрогнозируемым, но поднимающим наверх людей, которые мало того заслуживают. Но в нашей истории время расставило все по своим местам — в честь Владимира Михайловича Бехтерева в нашей стране названы улицы, больницы, НИИ, научное общество, журнал. Академик Бехтерев оставил стране семьдесят профессоров, его дети и внуки также достойно пронесли его фамилию по жизни, став известными учеными.

Вот какую оценку дает своему деду Н.П. Бехтерева: *«Среди имен, отличивших русский народ, в страшный день 7 ноября 1941 года нечистая совесть не помешала Сталину назвать имя В.М. Бехтерева. Среди тех, кто был примером современникам. Среди тех, перед памятью которых не должны были дрогнуть тогдашние защитники Родины».*

«Блистательнейшие пьяницы и вы, изысканнейшие венерики (ибо вам, а не кому другому посвящаются мои писания).....

Доктор Франсуа Рабле, 1534.

Тайна Макса Нонне

Странно, ведущие неврологи Москвы и РСФСР, а их трое: Л.С. Минор, Г.И. Россолимо, Л.О. Даркшевич, не были привлечены к ведению пациента, руководителя государства, герра президента. Профессор Минор или сам устранился от ведения больного или его не допустили, это неизвестно, и пациента вел его ассистент, также про-

фессор, В.В. Крамер. Другой выдающийся русский невролог Г.И. Россолимо дал разовую консультацию в самом начале, 29 мая 1922 года. Он не исключил гемианопсию (в силу уже присутствующих когнитивных нарушений у пациента уже нельзя было точно выполнить пробу). Вот его мнение: «.....зрачки равномерны, реакция живая. Парез правого п. *facialis*. Язык не отклоняется. Апраксия в правой руке и небольшой парез в ней. Правосторонняя гемианопсия (??). Справа на ноге пальцевой рефлекс(?). Двухсторонний Бабинский, затушеванный в следствии сильной защитной реакции. Двухсторонний совершенно ясный Оррепхеит. Речь не ясная дизартричная с явлениями амнестической афазии».

Сам ли Григорий Иванович устранился под каким-либо предлогом или его не допустили до ведения пациента дальше, не ясно. Профессор Ливерий Осипович Даркшевич, выдающийся отечественный невролог, осмотрел председателя Совнаркома ранее, и почему он не был привлечен к дальнейшему ведению, также неизвестно. Возможно, поскольку профессор одним из первых отечественных неврологов показал сифилитическую природу табеса, организаторы, определявшие, кто будет лечить пациента №1, не хотели, чтобы прослеживалась логическая связь между его приглашением и Лениным.

В отборе специалистов, участвовали первые лица наркомздрава, которые, это не вызывает никакого сомнения, в силу имеющегося у них медицинского образования, и опыта работы в практическом здравоохранении, были хорошо осведомлены, что имеют дело с лучшими неврологами бывшей Российской империи, и, конечно же, донесли информацию о них до руководства страны. Это, разумеется, предположение, но оно основано исключительно на рациональном и клиническом мыш-

лении. И только Политбюро могло решить — не привлекать каких-то конкретных врачей для ведения пациента Ульянова. Принципиальность и невозможность полного подчинения руководству партии большевиков, одна из возможных причин того, что среди лечащих врачей мы не видим знаковых лиц неврологии того времени.

Я не упомянул в списке ведущих неврологов академика Бехтерева, поскольку интересы его обширны, у него слишком много обязанностей, и в Психоневрологической академии, и в Государственном НИИ мозга. В это время он пишет книгу «Коллективная рефлексология», у него много и общественной работы. Но, в ситуации с Лениным нужны были практикующие неврологи, которые ежедневно и ежечасно работают с больными такого рода.

Впрочем, было приглашено много иностранных знаменитостей, и среди них ведущих специалист Западной Европы по лечению нейросифилиса, Макс Нонне. На мнение данного специалиста многократно ссылаются в своих монографиях, посвященных нейросифилису В.П. Осипов и А.И. Абрикосов. Его именем названа реакция Нонне-Апельта, проба, триада симптомов при поражении мозжечка, два синдрома. Отмечен в дневниках 20-21 марта 1923, бывал у больного 27 апреля 1923 года после четырехнедельного перерыва по 14 мая 1923 года (последний день, когда доктор отмечен в дневниках).

Вот что сообщает биохроника за 21 марта 1923 года: *«У Ленина состоялся (в 14 час.) консилиум врачей с участием прибывших из-за границы профессоров С.Е. Хеншена, А. Штрюмпеля, О. Бумке и М. Нонне. После подробного обсуждения истории болезни и всестороннего обследования Ленина врачи дали заключение, что «болезнь Владимира Ильича... имеет в своей основе заболевание*

соответственных кровеносных сосудов. Признавая правильным применявшееся до сих пор лечение, консилиум находит, что болезнь эта, судя по течению и данным объективного обследования, принадлежит к числу тех, при которых возможно почти полное восстановление здоровья. В настоящее время проявления болезни постепенно уменьшаются...».

Если верить этому тексту, европейские специалисты, включая специалиста по нейросифилису Макса Нонне, утверждают, что терапия лечащего врача А.М. Кожевникова и профессора Отфрида Ферстера, проводимая пациенту с конца мая 1922 года по 21 марта 1923 года, т.е. на протяжении всех десяти месяцев болезни, правильная. Также указана сосудистая форма заболевания. О том, что мы даже сегодня не можем лечить атеросклероз сосудов головного мозга, особенно на стадии множественных инсультов, всем прекрасно известно. Это говорит о том, что пациента лечили вовсе не от атеросклероза. Об этом же в своих книгах пишет и профессор Ю.М. Лопухин.

Итак, четыре ведущих врача Европы, включая специалиста Нонне, констатируют у пациента В.И. Ульянова сифилис сосудов головного мозга, что подтверждается не только тем, что они признают лечение пациента правильным на всех этапах болезни до момента консилиума, но всем последующим лечением, которое проводили пациенту. Клиническая картина на протяжении всего дневника не представляла особых трудностей для врачей того времени даже при отсутствии точного анамнеза заболевания.

Не вызывает сомнения, что, когда Макс Нонне после смерти пациента В.И. Ульянова прочитал в официальных источниках, что «Основой болезни умершего являет-

ся распространенный артериосклероз сосудов на почве преждевременного их изнашивания (Abnutzungssklerose) вследствие сужения просветов артерий мозга и нарушения его питания от недостаточного потока крови наступали очаговые размягчения ткани мозга, объясняющие все предшествовавшие симптомы болезни (параличи, расстройства речи)», это его удивило. Несомненно, удивило это и прочих участников консилиума от 21 марта 1923 года.

Моя идея о токсическом действии арсенобензолных препаратов на тиосульфатные группы клеток эндотелия сосудов мозга пациента подтверждена записями консилиума: «Врачи пользующие Владимир Ильича не раз отмечали и считают необходимым указать, что в следствии повышенной чувствительности его организма к ряду лекарственных веществ и существующего у него отрицательного отношения к врачам вообще — не удастся использовать в надлежащей степени все лечебные мероприятия, которые врачи находят полезными и существенными, поэтому, они вынуждены ограничиться применением лишь некоторых средств в небольших дозах и профилактическими мерами».

Первоначальное молчание в силу принципов врачебной деонтологии в дальнейшем стало принципом самосохранения, а позже, даже если кто-то из престарелых участников что-то и мог сказать, то ему бы уже никто не поверил. Нонне ушел из жизни в возрасте почти ста лет в 1959 году, когда почти все участники лечения Ленина умерли, и унес тайну в могилу. На момент его смерти из русских участников тех событий жив был только Николай Николаевич Приоров, который в 1923 году несколько раз приезжал к пациенту подбирать ортопедические сапоги. Он умер в 1961 году,

а из иностранцев жив был только младший Хеншен, но и он молчал, как все.

Но сегодня, когда большинству молодых людей малоинтересен вопрос «отчего умер вождь революции В.И. Ленин», можно с уверенностью сказать: он умер от того отчего его лечили профессор Макс Нонне, академик В.М. Бехтерев, профессор В.В. Крамер, профессор В.П. Осипов, приват-доцент А.М. Кожевников и прочие доктора. **Это сифилис сосудов головного мозга, обычное и частое заболевание начала XX века.** Лечения какой-либо другой болезни просто не велось.

Очень интересно сравнить двух специалистов по нейросифилису, консультантов пациента Ульянова: немецкого врача Макса Нонне и русского Алексея Михайловича Кожевникова. Первый известен на весь мир, на его имя делается много ссылок в книгах специалистов отечественной медицины. Второго не знает никто. Немецкий профессор прожил почти полный век (98 лет), наш доктор лишь половину этого срока (53 года). И в этом сравнении особая трагичность, ведь сколько Родина теряла и теряет раньше времени своих детей, которые могли бы принести ей славу.

«Он доктор? Он мой раб»

Ф. Гете

Нарком Семашко

Сегодня, когда на наших глазах умирает советское здравоохранение, созданное под руководством Н.А. Семашко, можно оглянуться в прошлое и узнать, как заканчивала жизнь земская и страховая медицина и как

создавалась новая система общественного здравоохранения в СССР. Вот письмо Н.А. Семашко В.И. Ульянову и членам Политбюро ЦК РКП(б) от 21.05.1922 года: *«Членам Политбюро. Товарищу Ленину. Уважаемые товарищи! Недавно закончившийся Всероссийский съезд врачей проявил настолько важные и опасные течения в нашей жизни, что я считаю нужным не оставлять членов Политбюро в неведении относительно этих течений, которыми так успешно пользуются кадеты, меньшевики и социалисты-революционеры; тем более, что, насколько мне известно, эти течения широко распространены среди не только врачей, но и спецов других специальностей (агрономы, инженеры, техники, адвокаты), и тем более еще, что многие даже ответственные товарищи не только не сознают этой опасности, но легкомысленно склоняют ушко под нашептывание таких спецов. Сущность выявленного на съезде течения сводится в самых общих чертах: 1-х, походу против советской медицины и восхвалению медицины земской и страховой; 2-х, в базировании в дальнейшем строительстве на «свободно избираемых строящихся с низов и самостоятельных организациях населения» (точная резолюция съезда); на тех узорах, которые расписывали ораторы кадеты, меньшевики, социалисты-революционеры на этой канве; 3-х, на резком стремлении стать вне общепрофессионального рабочего движения и, 4-х, на стремлении сорганизоваться на этой почве, между прочим путем своего печатного органа. Для борьбы с этими течениями мне кажется тактически необходимо: 1) быть крайне осторожными в вопросах переустройства нашей советской системы. НЭПО породила в этом отношении у нас своего рода бывшее ликвидаторство, когда с глубокомысленным видом и с иронией на-*

чинают третировать перед спецами основы нашего советского строительства. Всякую идею «земщины» нужно выжечь каленым железом. Никаких попыток восстановления «городских управ» (идея т. Варейкиса) не должно быть. С этой точки зрения я лично считаю опасной даже идею возрождения горкоммунхозов, которые фактически превратятся в городские управы. Наркомвнуделу, по моему мнению, следовало бы предписать производить реформы в области советского строительства лишь по одобрении Политбюро. 2) В частности, считать всякие попытки заменить советскую (классовую) медицину земской («народной») и страховой («внесоветской») политически недопустимыми. 3) Госиздату не разрешать спецам и их обществам издания газет и журналов, носящих общественно-политический (не научный) характер, иначе эти журналы-газеты, вроде разрешенного теперь журнала Пироговского общества, объективно вырождаются в органы противосоветской пропаганды; разрешение на каждое периодическое издание согласовывать с соответствующим ведомством и ГПУ. 4) ВЦСПС быть крайне осмотрительным в установлении границ автономии отдельных спецовских секций (врачей, инженеров) в общепрофессиональных союзах и ни в коем случае не допускать отдельных самостоятельных союзов спецов. Что же касается изъятия «верхушки» врачей меньшевиков и социалистов-революционеров, выступавших на съезде докторов Грановского, Магула, Вигдорчика, Левина), то этот вопрос надо согласовать с ГПУ (на каких основаниях, административных или судебно-следственных? Не создать бы популярности их выходкам, имея в виду, что большие съездов не предвидится?).

Молодая власть была быстра на решения. Вот ответ Ленина о директиве Политбюро в связи с Всероссийским съездом врачей от 22.05.1922, т.е. уже на следующий день по получению письма: *«Поручить т. Дзержинскому (ГПУ) при помощи т. Семашко выработать план мер и доложить Политбюро в недельный срок».*

Уже через пару дней у В.И. Ульянова случится переход из неврастенической стадии к паралитической стадии нейролюэса. К этому моменту у больных проявлялась яркая картина сифилитического психоза. Таких пациентов обычно изолировали, просили завершить работу, уехать в деревню, не вести финансовых дел. Начиналась стадия множественных псевдопараличей.

Впереди у наркомздрава Н.А. Семашко много лет плодотворной работы по развитию общественного здравоохранения в СССР, системы, показавшей отличные результаты для своего исторического периода. При непосредственном участии Н.А. Семашко создана система охраны материнства и детства, заработала сеть научно-исследовательских медицинских институтов, целесообразность существования которых сегодня сомнительна. Например, упомянутого московского НИИ мозга. А тогда, очевидно, это был разумный шаг в логике развития революционных событий, когда формировались новые научно-медицинские учреждения без привязки их к клиническим стационарам, создавалась наука ради науки, не наполненной практическим смыслом.

Вот письмо ГПУ в Президиум ВЦИК о нежелательности возвращения из ссылки упомянутых в письме Н.А. Семашко врачей 18.12.1922: *«Возвращая при сем переписку по вопросу о возвращении из ссылки врачей Магула, Вигдорчика, Горвиц-Власовой и др., ГПУ доводит*

до Вашего сведения следующее. Группа врачей, о которых возбуждено ходатайство, явилась одним из застрельщиков антисоветского движения среди интеллигенции в первую половину 1922 года. Эта группа провела весной сего года 2-й Всероссийский съезд врачей, принявший ряд контрреволюционных резолюций, направленных против политики Соввласти в области здравоохранения. Съезд носил резкий оппозиционный характер. Лидерами оппозиции состояли все врачи, о которых секция врачей Всемедикосантруда возбудила ходатайство. Эти врачи вели до и после Всероссийского съезда разлагающую работу среди врачебного мира и в своих печатных органах вели определенную оппозиционную линию. Врачи Станкевич, Грановский, Верховский, Вигдорчик являются меньшевиками; Фрумкин — социалист-революционер; высылка этих врачей произведена с согласия тов. Семашко и Всемедикосантруда по постановлению ЦК РКП. Эта высылка, сняв оппозиционную верхушку врачей, внесла во врачебную среду определенное успокоение и привела к значительному усилению во врачебных секциях Всемедикосантруда и его местных органов левых элементов. На основании изложенного ГПУ, считая, что возвращение этих врачей из ссылки неизбежно возродит антисоветское движение среди врачей, притихшее лишь благодаря репрессивным мерам, высказывается против удовлетворения ходатайства Центрального Бюро врачебной секции Всемедикосантруда».

Вы думаете, коллеги, это написано сегодня или вчера? «Россия нуждается в увеличении числа врачей, но именно врачей. Врачей научно образованных, получивших законченную вполне основательную теоретическую подготовку...». Нет, это написано в 1918 году одним из докторов, указанных выше в списке нежелательных к возвраще-

нию из ссылки, Б.В. Верховским, наркому просвещения Луначарскому в ответ на отмену декретом от 2 августа 1918 года вступительных экзаменов, в том числе и на медицинский факультет МГУ (далее 1 ММИ им. Сеченова), Высшие женские курсы (2 ММИ им. Пирогова), Военно-медицинскую академию и другие высшие учебные заведения.

Так трагедия и драма шли в ногу с великими делами в становлении нашей советской медицины и, одновременно, с уничтожением нашей же земской медицины. При опубликовании исторического документа об истории нашей медицины периода 20-х годов очень интересно смотреть на реакцию современных врачей. Тут только мастерство доктора Булгакова могло бы описать все многообразие красок в комментариях, которые я видел и слышал. Грустно, но становится понятным, на что опирались большевики, трансформирующие медицину под свои задачи — на глупость, ханжество и чванство отдельных наших коллег. У деструктивных сил всегда есть определенное количество волонтеров, готовых маршировать под мелодии фанатиков.

Но, это тоже история медицины нашей страны, которая требует серьезного спокойного и взвешенного анализа, чтобы внимательно оглянувшись в прошлое, мы сказали, как не надо делать.

Принципы «дело, которому ты служишь» и «ты отвечаешь за все» заменены у ряда врачей на политические игры с плохо прогнозируемым результатом. Сегодня есть врачи, которых ни в чем не убедить, они кричат с пеной у рта «вы все врете», уровень их предвзятости маргинален. Это обычно плохие специалисты, о которых сам В.И. Ленин говорил: *«не дай Бог вам лечиться у врача-большевика»*.

*«Мы склонны ошибаться не только
во всем, что нам кажется, мы знаем,
но даже в нашей критике»*

К. Поппер

Как долго жили и что оставили врачи В.И. Ульянова

Мне было интересно сравнить продолжительность жизни врачей консультантов В.И. Ульянова, граждан СССР, и группы зарубежных врачей. Группа первых состояла из 21 человека (сюда же я отнес и двух наркомов здравоохранения), вторая группа включала 9 специалистов. Проведя нехитрые математические действия с днями рождения и смерти, я получил следующие результаты — у россиян средняя продолжительность жизни была 68,64 года, тогда как у группы «немцев» (в нее кроме граждан Германии, я включил и двух шведов) результат 80,33 года. При этом группы имели приблизительно один возраст, один уровень образования, ученые степени, и даже одного и того же общего пациента. Если исключить расстрелянного в 1938 году доктора Л.Г. Левина в первой группе, то продолжительность жизни врачей-россиян практически не изменится и будет равна 68,86 лет. Доктор Н.С. Попов, также расстрелянный в 1938 году, не был мною включен в список врачей, поскольку фактически выполнял функции санитаря. Итак, в итоге получилось 11,5 лет разницы между двумя группами врачей, и это не просто календарное время, а потерянное время профессиональной работы во славу отечества, во благо здоровья пациентов. Ведь именно врачи относятся к той категории, которая, как правило, работает на протяжении всей своей жизни.

На время болезни В.И. Ульянова, в 1922–1924 годы, в РСФСР было три самых маститых выдающихся нев-

ролога — Л.О. Даркшевич, Г.И. Россолимо и Л.С. Минор, кто-то обязательно должен был бы консультировать и вести больного. Но никто из них пациента №1 не вел. Вместо профессора Л.С.Минора, в консультациях принимал участие его ассистент профессор В.В. Крамер. Также в консультациях участвовали академик В.М. Бехтерев и профессор В.П. Осипов. Итого пять выдающихся неврологов и психиатров разного возраста кто мог быть понимать механизмы развития болезни у нашего пациента.

Профессор Л.О. Даркшевич умрет в 1925 году, в 1927 году Бехтерева, по моему мнению, отравили. Россолимо умрет в 1927, профессор В.В. Крамер и приват-доцент А.М. Кожевников умрут в 1935 году. До 1937–1938 годов доживут только два невролога — профессор Л.С. Минор уже слишком стар, ему за 80 лет, и, полагаю, мудр, чтобы проронить хоть слово, профессор В.П. Осипов занимает должность директора НИИ мозга в Ленинграде. Тема болезни В.И. Ульянова фактически стала на многие годы закрытой.

Мы не знаем и не сможем никогда узнать, вернее, документально подтвердить, отравили ли академика В.М. Бехтерева, но указанная серьезная разница в продолжительности жизни двух групп врачей, хоть немного, но подтверждает преждевременность его смерти. Известна тесная связь более долгой жизни с высоким уровнем образования, а самыми долгоживущими в мире являются академики и лауреаты Нобелевской премии. Это указывает, на то, что академик В.М. Бехтерев мог прожить еще долгую и плодотворную жизнь с учетом его крепкого здоровья. Но плодотворность его натуры и была прервана тем, что его отравили.

Обратившись к данным официальной статистики по ожидаемой продолжительности жизни мужчин, которую

мы можем взять из открытых источников Федерального комитета статистики РФ, мы узнаем, что за 2017 год она составила 66,2 года и 66,93 лет. Это означает, что ожидаемые показатели длительности жизни мальчиков, родившихся в 2016 и 2017 годах, цифры того же уровня, что и сто лет назад у наших соотечественников, врачей В.И. Ульянова. Фактически можно утверждать, что средняя продолжительность жизни мужчин врачей в начале прошлого века не сильно отличается от ожидаемой продолжительности жизни мальчика, который к 2040 году тоже может стать врачом, родившегося в РФ через сто лет после октябрьского переворота.

Ни для кого не секрет, что в низкой продолжительности жизни россиян есть большой вклад алкогольной компоненты в общую смертность, но объяснить только этим значительную разницу в продолжительности жизни россиян и европейцев, очевидно, полностью нельзя потому, что у приема алкоголя тоже должны быть причины. Рассказы про генетическую компоненту в высоком уровне потребления алкоголя у россиян можно спокойно отложить в сторону, так как такой зависимости не было обнаружено учеными.

А вот стремление не обращаться к врачам, а заниматься самолечением, это старая проблема в популяции, которую мы видим и на примере с пациентом В.И. Ульяновым. Фактически Ленин и его близкое окружение озаботились его здоровьем только в конце 1921 года, когда он уже просто не смог работать и уехал в деревню Корзинкино. Профессор Ю.М. Лопухин так описывает этот период: *«Зиму 1921/22 года В.И. Ленин пережил тяжело: вновь появились головокружения, бессонница и головные боли. По свидетельству профессора Даркшевича, приглашенного к нему 4 марта 1922 года, имелись «два тягостных для*

Владимира Ильича явления: во-первых, масса чрезвычайно тяжелых неврастенических проявлений, совершенно лишивших его возможности работать так, как он работал раньше, а, во-вторых, ряд навязчивостей, которые своим появлением сильно пугали больного».

Вероятно, элементы недоверия к врачам заложены самой нашей историей — слухи о том, что многие статусные пациенты, начиная с царя Ивана IV Грозного, умерли при неумелом лечении, как и то, как в средствах массовой информации создается негативный образ врача, как бы говорят людям — не обращайтесь к медикам. Люди забыли, что жизнь конечна. Даже когда умирает очень и очень старый человек, фактически долгожитель, которому далеко за 90 лет, живший только за счет любви и заботы близких родственников, публика почему-то любит обсудить тему вины врачей, мол, не то делали.

Наверное, в такое отношение к врачам есть вклад и истории, которая развернулась в 1922–1924 годах в Кремле и в Горках. До сегодняшнего дня в народе бытует мнение, что врачи залечили Ленина до смерти. Да, в силу медицинской деонтологии и этики, доктора молчат, что позволяет «бедным людям», в том смысле, который в это выражение вложил коллега М.А. Булгаков, рисовать всякие небылицы. Но мало того, что они создают неверную картину обсуждаемого заболевания, они также рисуют и негативный образ докторов.

Главный фактор, который определяет, по моему мнению, как клинического геронтолога, низкую продолжительность жизни и врачей пациента Ульянова и живущих сегодня в России мужчин это то, что население страны находится в состоянии стресса на протяжении уже почти ста лет. А в стрессе, как известно, долго не живут даже модельные животные с большей пластичностью мозга,

чем у человека. Например, если перед клеткой с мышками посадить кошку, то они быстро умрут от стресса, а что уж говорить о человеке...

Врачи В.И. Ульянова оставили своим потомкам прекрасное наследство. Оно имеет не только материальное выражение в виде институтов (как например, Больница им. С.П. Боткина, ЦИТО, НИИ им. Гельмгольца, НИИ судебной психиатрии, НИИ нейрохирургии, НИИ психоневрологии им. В.М. Бехтерева), научных сообществ, кафедр, журналов, но и нематериальную сторону, они задали направление отечественной научной мысли.

Врачи Ленина большую часть жизни прожили и проработали в Российской империи, их медицинское мышление получало становление в других социальных условиях, и они даже не догадывались, что им принесет 1917 год. Судьба многих изменилась после революции, но отношению к делу у них осталось таким, каким было заложено их учителями. Когда их пригласили лечить или консультировать пациента Ульянова, они уже были сложившимися и зрелыми людьми, маститыми врачами отечественной медицинской школы.

Группа немецких врачей также оставила после себя вклад в мировую медицинскую науку и, хотя сегодня их имена известны в нашей стране только очень и очень узкому кругу специалистов, вклад их более, чем огромен.

Начало XX века — это времена, когда ученые сами писали свои книги, а в шапку статьи не было принято ставить список соавторов, причем самого создателя указывать где-то в конце огромной очереди. Что касается врачей, которые упомянуты в нашей книге, если некий труд написан Крамером, то именно Василием Васильевичем, если Бехтеревым, Бумке или Минором, то там тоже не видать соавторов. Иногда было и наоборот, например, когда умер

основатель отечественной неврологии А.Я. Кожевников, ученики собрали его лекции в книгу и поставили на обложку его имя, как автора. Конечно, сейчас наступили другие времена. Бывают междисциплинарные исследования или участие в одном проекте ученых из разных стран. Но мы говорим о тех случаях, когда желание угодить чиновнику от медицинской науки или главному врачу, приводит к широко известному явлению, когда в авторстве статьи указана целая шеренга людей, даже не знающих ее тематики.

Если возвратиться к болезни Ленина, то врачи, которые находились рядом с ним, точно заслужили, чтобы их роль в той истории была правильно оценена врачебным сообществом. Любой человек имеет право на память и оценку его следа на земле, вне зависимости от сословий, званий и религий. Российский врач должен знать историю великой и многострадальной отечественной медицины, чтобы в будущем избежать использования нас самих и нашей профессии в угоду любому режиму.

*«Тысячи безпризорных обезьянят
ютятся по городам СССР-ии,
только, вот, не в шерсти ещё, и ещё
болтают они с прохожими члено-
раздельно: «дай копейку, не то уку-
шу, а я венерик!» И кусают.*

*З. Гиппиус,
«Заметки о „Человечестве“», 1927 г.*

История французской болезни в России: от Ивана Грозного до Владимира Ленина

Сифилис (Lues) — хроническое инфекционное заболевание, передаваемое преимущественно половым путем,

со стадийным течением и полиорганным поражением, характеризующееся в клинико-анатомическом отношении максимально возможным разнообразием поражений организма. Вызывается извитой бактерией бледная трепонема (*treponema pallidum*).

В 1924 году в РСФСР заболеваемость сифилисом можно оценить как 660 случаев на 100 тысяч населения. В 2016 году в Российской Федерации показатель заболеваемости всеми формами сифилиса составил 21,2 случая на 100 тысяч населения (или 31143 пациентов по всей стране). Сифилисом в наши дни болеет не так много людей. Но, эволюция болезни продолжается. Сегодня сифилис часто сочетается с ВИЧ и другими вирусными инфекциями, а социальная значимость данного страдания по-прежнему высока.

Сифилис является заболеванием, которое очень быстро реагирует как на социальные, так и на общебиологические изменения.

Комментарий. Раньше болезнь называли страданием. *Страдание — суть термина болезнь. С точки зрения патофизиологии и медицинской этики понятие болезнь является противоположностью здоровья или нормы. Норма и патология, здоровье и болезнь — это качественно различные проявления жизнедеятельности организма. Существуют несколько отличных друг от друга понятий слова болезнь (соответственно латинским терминам pathos, morbus, nosos).*

Истоки сифилиса теряются в глубокой древности. Еще до рождения Христа встречаются указания на возможное существование данной патологии (возможно, это была или фрамбезия, или эндемичный сифилис,

описанный Хадсоном в 1928 году). В древнейших сочинениях китайской литературы, относящихся к 2637 году до рождения Христа, есть описания напоминающие сифилитический шанкр и сифилитические сыпи. У Гипократа также есть указания на язвы и разрушения костей, похожие по описанию на сифилитические. В религиозных мифах древних греков, в арабских сочинениях средних веков тоже описываются проявления, напоминающие проявления сифилиса (возможно, что это был подвид *pertene* трепонемы паллидум). Таким образом, на сегодня континент, а тем более регион, из которого начала свое победное шествие по планете бледная трепонема, точно не известны.

Существует три гипотезы появления сифилиса на территории современной России — американский путь, африканский источник и европейский. Возможно, существовал смешанный вариант, с начальным очагом в Африке, эволюционной лаборатории всей планеты, из которой вышел сам *homo sapiens*. Исходной точкой запуска процесса стал активный вывоз рабов с территории Западной Африки в середине XV века, с территорий нынешних Сенегала (остров Горе), Камеруна и других стран Гвинейского залива. Здесь были созданы, фактически, прообразы концентрационных лагерей XX века. Это привело к созданию условий для распространения сифилиса из его первоначального очага: чудовищная скученность рабов, как при перевозке, так и при дальнейшем проживании, плохое питание, ослабляющее иммунитет, наказания, когда рабы стояли сутками неподвижно прикованные и соприкасавшиеся друг с другом, насильственное создание подневольных семей с целью вывести идеального раба. Было ли это геноцидом, пусть разбираются историки.

Но главным фактором, создавшим условия для глобальной вспышки сифилиса, стало изменение температуры и солнечной активности. Исключительно вопросом времени была передача возбудителя европейским рабовладельцам. Те, в свою очередь, завезли его уже на территорию Испании. Как только начал действовать транспортный треугольник «Западная Африка — острова Карибского бассейна — Европа», вместе с товарами уже из Америки завезли спирохету, которая в условиях Нового света изменила свою патогенность.

Как известно, потребность в применении рабского труда была настолько велика, что в 1452 году Папа римский издал буллу. Она подтверждала право христианских держав на порабощение нехристианских народов. При этом, поскольку население Южной Америки хорошо поддавалось христианизации, индейцы были исключены из списков потенциальных рабов. Спрос на черных рабов провоцировал войны между африканскими племенами, целью которых был захват пленников. Сами европейцы не занимались захватом рабов, они их, как правило, покупали или выменивали у победителей в локальных африканских войнах. За 350 лет с территории Африки было вывезено по некоторым оценкам около 16 млн. человек. При этом население Земли тогда было намного меньше, чем сегодня. По всему свету активно перемещались огромные массы людей. Все это напоминало Великое переселение народов. Однако, если миграционные процессы, которые были запущены после крушения Римской империи, длились десятилетия и века, то перемещение рабов занимало недели и месяцы. Оно было быстрым настолько, насколько в те далекие времена позволяла скорость транспорта. В результате, огромные массы людей распространялись по всему свету и приносили с собой

в новые климатические условия возбудителей местных болезней. Так были созданы условия вспышки ранее неизвестных заболеваний. В новых климатических условиях болезнь отлично прижилась и проявила несколько более патогенные свойства чем на «родине». Появились новые особенности структурной организации возбудителя сифилиса. Появился более патогенный штамм, который еще и попал к людям, не имевшим никакого иммунитета.

А дальше сифилис распространялся по Европе и главными переносчиками его стали солдаты: войн на континенте было предостаточно и все они сопровождались перемещениями огромных людских масс. Прибавьте к этому просто катастрофическую антисанитарию и разгул проституции...

В обзоре от 1871 года записано: *«Во время следования через Москву в 1856 году дружин народного ополчения, при освидетельствовании нижних чинов ополчения, найдено 47 человек больных венерической болезнью и сифилисом. Болезнь была преимущественно в начальных формах. Эта последняя цифра тем более интересна, что указывает на степень участия войск, принимаемого ими в распространении сифилиса, и на то, в какой мере сифилис свирепствует в рядах войск, в особенности во время похода. Московское ополчение едва двинулось со своего места, где, конечно, в рядах его не было ни одного зараженного сифилисом ополченца, и сделали несколько десятков верст уже имело в своих рядах 47 человек зараженных сифилисом. Из этого следует, что при тысячеверстном следовании войск процент больных сифилисом должен быть принимать громадные размеры, распространяясь притом по дороге и в массе населения».*

Уровень заболеваемости сифилисом в армии раньше всегда был выше, чем у гражданского населения. На-

пример, с 1889 по 1893 годы сифилисом заражено 7,69 % личного состава армии. Годы Великой Отечественной войны и первые годы после нее также характеризовались значительным повышением (в 1945 году в СССР было 174,6 больных на 100 000 населения) заболеваемости сифилисом, что также указывает на связь войн и сифилиса. «Окаянные времена», чтобы это не было, будь то революции, начало торговли рабами, войны, всегда, начиная с XVI века, должны были приводить и приводили к росту заболеваемости сифилисом.

Если вспомнить вспышку «испанки» (пандемия испанского гриппа H1N1 в 1918 году), то она появилась и распространилась приблизительно так же, как и сифилис. Первая мировая война, огромное количество китайских рабочих, зараженных неопасным для них штаммом, большие потоки войск и беженцев, ослабленных недоеданиями и множеством обострившихся болезней. Воротами в Европу послужили порты, из которых вирусная инфекция уже беспрепятственно распространилась по континенту, достигнув и России. От вируса «испанки» за относительно короткий период времени (полтора года) умерло около до 3% населения планеты, что составило около 41 млн человек (данные довольно неточные, возможно, даже больше). Если говорить о сифилисе, то количество умерших от него с момента первого упоминания до 1940 года (года открытия антибиотиков) не представляется возможным. Впрочем, автор считает, что за 400–450 лет эта болезнь убила на порядки больше людей чем «испанка».

Первая известная массовая вспышка сифилиса в Европе была зафиксирована в 1495 году при осаде Неаполя войсками Карла VIII среди французских солдат. Затем болезнь перешла с войсками во Францию и другие го-

сударства, и передвижение армий стало важным логистическим элементом распространения сифилиса по Европе. На вспышку сифилиса в Европе во время Первой мировой войны косвенно указывает и патологоанатом профессор И.В. Давыдовский, приводя график динамики патологоанатомической диагностики сифилиса на протяжении 1920-х годов.

Сифилис был одной из самых распространенных болезней в Российской империи на протяжении периода XVI–XIX веков, и, вероятно, до формирования советской системы здравоохранения. Люэс нес явную угрозу самому существованию нашего государства, как в прочем и всем странам мира, и борьба с этим вселенским злом, поражающим людей всех возрастов, сословий, религий, профессий без оглядки на возраст имела особое государственное значение.

В обзоре «Проституция и сифилис в России. Историко-статистические исследования» указано: *«Сифилис, разъедающий и убивающий целый социальный организм, передающийся одним субъектом другому не при одном условии половых сокоуплений, переходящий в крови от одного потомства в другое, разрушающий поколение настоящее и влекущий обмельчание будущего поколения представляется злом, требующим серьезных мер и преследований, — злом, которое грозит человечеству страшной гибелью, которое следует пресечь или хотя затормозить дальнейшее развитие его. Гибельные действия сифилиса не ограничиваются, подобно действию эпидемических болезней, большим или меньшим процентом заболевания или смертности, за которыми, обыкновенно, болезнь исчезает для массы народа. Безусловно заразные свойства сифилиса, напротив, подрывают на всю жизнь здоровье самых крепких от при-*

роды людей и грозят разрушением этого здоровья нашему потомству».

Обсуждение, носил ли сифилис за все это время, начиная с XV века, характер эндемий, пандемий, эпидемий, были ли в них «просветы» можно вести только умозрительно при скудости исторического материала, а также низким уровнем развития научно-медицинского знаний в прошлом.

«Первое указание на появление сифилиса в Кракове относится к 1495 году (Meyer Ahrens); затем через Польшу болезнь эта проникла в Россию в 1499 году. Следующее, отысканное Рихтером, известие находится в Московском государственном архиве, в собрании дипломатических сношений с Польшей: Великий князь Иван Васильевич послал в Литву к своей дочери великой княгине Елене, супруга Александра, 30 мая 1499 года, сына боярина Мамонова, по делу об истребовании от великой княгини перемены религии. Вместе с прочими поручениями, посол получил приказание осведомиться в Вязьме, не болеет ли кто в Смоленске новой болезнью, которая сопровождается страданиями кожи и называется французскою болезнью, а также правда ли, что эта болезнь занесена туда из Вильны. В Бессарабии сифилис достиг общего распространения со времени прибытия туда мавров из Испании (Fucks). В Финляндии, как полагают, сифилис появился только ввремя 30-летней войны».

В царствование Ивана IV сифилис был известен в Москве под разными названиями “польской”, “немецкой”, “французской” или даже «гнилой» болезни. Именно при этом царе вводятся обязательные осмотры лиц, подозреваемых в заболевании сифилисом.

По указу Петра I принимаются меры по борьбе с проституцией, а в 1716 году издается указ о бесплатном лече-

нии от сифилиса всех военнослужащих, кроме офицеров, с которых взималась плата.

Императрица Елизавета в 1750 году издает указ об обязательном и принудительном осмотре лиц, ведущих непотребный образ жизни.

Сенат 30 декабря 1762 году издает указ о создании специальных клиник по лечению больных сифилисом.

Первые попытки учесть больных с сифилисом были предприняты Екатериной II. В сенатском указе в 1763 году упомянуто, что в главном военном госпитале в Петербурге из 671 человека больных солдат *«более чем две части одержимых франц-венерою»*. Сама Екатерина II лично присутствовала в Сенате при обсуждении срочных мер против дальнейшего распространения сифилиса в России, что подтверждает особую важность этого вопроса. При Екатерине II, полагавшей проституцию, распространявшей сифилис, реалией жизни, меры борьбы с нею носили относительно мягкий характер, хотя ссылки больных в Нерчинск также практиковались.

При последующих императорах Павле I, а затем и при Александре I, меры стали более репрессивными:

— указом от 1799 года повелено *«блядок и непотребных не терпеть в лагере»*

— указ от 1800 года *«развратных женщин, какие есть и впредь оказываться будут в обеих столицах, отсылать прямо на Иркутские фабрики»* (обнаружено 139 женщин, половина из них солдатки, все отправлены в острог в Сибирь). И лишь император Николай I признал проституцию терпимой в России и повелел устройство врачебно-полицейских комитетов. Первый врачебно-полицейский комитет был организован в Санкт-Петербурге в 1844 году, затем через полгода такой комитет организован и в Москве.

Комитет возглавлял гражданский губернатор и состоял из штатд-физика, инспектора медицинской конторы, одного из полицмейстеров, главного доктора для чернорабочих и старшего по полиции врача, также при комитете находились два врача по особым поручениям и двенадцать участковых надзирателей. Обязанности по освидетельствованию промышляющих развратом женщин были возложены на штатных и сверхштатных врачей, состоящих при частях города. Выявленные больные сифилисом немедленно помещались в больницы города за установленную законом плату; освобождались от оплаты лишь те, кто сам обращался больницу без освидетельствования врача. Больным с венерическими болезнями не допускалось покидать города вплоть до полного выздоровления. В 1845 году в Москве добровольно поступило в сифилитическое отделение больницы 678 человек чернорабочих, при медицинских осмотрах промышленных предприятий выявлено 182 больных сифилисом. В 1848 году в Москве было 3 137 больных сифилисом и венерическими болезнями, при этом число жителей Москвы на 1848 год — 349 068 человек.

«Весьма интересна официальная цифра о пользовании в гражданских больницах России больных сифилитиков; их было 37916 человек. Хотя эта цифра далеко не может показать нам в какой мере сифилис распространен в России потому, что вообще по губерниям число сифилитических кроватей в больницах крайне ограничено, но, тем не менее, зная положение сифилитиков в губернских больницах и притом наклонность простолюдина скрывать болезнь и лечиться у знахарей, мы все-таки приблизительно можем представить себе размеры сифилиса из вышеприведенной цифры. На долю Москвы приходится 8,93%».

За период с 1887 по 1891 годы, в больницах и госпиталях Российской империи лечилось 1 289 478 больных сифилисом, мужчин — 654 277, женщин — 459 514, детей — 175 687.

Пути передачи сифилиса хорошо известны и описаны, не буду на них останавливаться. Я хочу лишь обратить внимание на один малоизвестный и интересный с точки зрения истории медицины путь передачи сифилиса, связанный с другим заболеванием — черной оспой, которая с 1610 года начала распространяться на территории нынешней России. Смертность от оспы в стране была крайне высокая. Каждый седьмой ребенок в государстве умирал от оспы. Болезнь поражала людей всех сословий, например, Петр II умер от оспы 18 января 1730 году на 15-м году жизни. Первые прививки (вариоляции) в России сделал английский врач Томас Димсдейл, императрица Екатерина II сама привилась в 1768 году. Материал для прививки был взят у крестьянского сына Маркова, за что ему были пожалованы фамилия Оспенный и дворянство. Среди первых привитых были великий князь Павел Петрович и великая княгиня Мария Фёдоровна, через несколько лет так же были привиты внуки Екатерины II Александр и Константин.

Екатериной II был издан указ об обязательном «оспопрививании», были открыты специальные места для таких прививок, так называемые «оспенные дома» в Москве, Санкт-Петербурге, Киеве и т.д. В итоге, получая биоматериал для прививки от детей, уже больных на тот момент сифилисом, происходило заражение прививаемого реципиента. *«Разрушительно также действует на детей сифилис, вводимый в организм ребенка вакцинною лимфой (прививной оспой), взятой от зараженного младенца».* Вот такая трагичная

ситуация, фактически, ятрогенное явление, возникшее по общему незнанию.

«В России в особенности законы распространения сифилиса не проституционным путем — прививкою шанкра, а путем наследственной передачи и заражением конституциональными припадками имеют слишком большое применение». Кроме того, заражение происходило, когда детей из воспитательных домов передавали кормилицам в деревню, если или ребенок был болен, или кормилица имела сифилис. В отчете Виленского госпиталя за 1869 год, указано, что среди больных сифилисом много беременных, у которых рожденные дети изначально не показывали признаков сифилиса, но потом клиническая картина проявилась в полном объеме.

По сведениям министерства внутренних дел Российской империи, уже с конца 1850-х годов повсеместно практикуются осмотры в публичных домах, которые проводили еженедельно, а выявленных больных отправляли в больницы. Тоже происходило на фабриках и заводах, и, тем не менее, сифилис быстро распространялся по всему государству. Отмечается, что попадались деревни, где в каждом семействе были зараженные лица.

Из инструкции губернаторам от министра внутренних дел от 1851 года: *«Распространение сифилиса в населении производится следующим образом: 1. Путем передачи болезненных страданий половых органов при совокуплении 2. Путем заражения конституциональными припадками, при употреблении общей посуды, белья, трубок, пипок и проч., детей кормилицами и кормилицей детьми и 3. Наследственной передачею болезни от родителей детям».*

Для выявления больных сифилисом в Российской империи проводились:

1. осмотр среди новобранцев и регулярные осмотры войсковых частей,
2. осмотры на фабриках и заводах,
3. поголовные осмотры сел и волостей,
4. осмотры в публичных домах.

После октябрьского переворота для лабораторной диагностики, в том числе и сифилиса, были организованы вассермановские станции, в организации которых принимал прямое участие И.В. Давыдовский, выдающийся советский патологоанатом, главный патологоанатом г. Москвы с 1924 года, заведующий кафедрой патологической анатомии Высших женских курсов (далее это 2-ой ММИ), имя которого сегодня носит 23 ГКБ им. Медсантруд. Возможно, именно тот факт, что имя Давыдовского было связано с организацией вассермановских станций, сыграло определенную роль в том, что для вскрытия тела В.И. Ульянова вызвали не Ипполита Васильевича, а другого великого патологоанатома А.И. Абрикосова. Стоит обратить внимание читателя, на то, что в 1924 году вариантов из возможных кандидатур, было всего два, а именно только Абрикосов или Давыдовский.

Поголовные осмотры показали, что в отдельных селах процент больных доходил до 16% от общего количества населения. Среди киргизского населения Астраханской губернии распространение заболевания доходило до 17,6%, в отдельных местностях достигало 43,8%.

В среднем больных сифилисом в РСФСР было 66 человек на 10 000 жителей. При этом были заметны значительные колебания по местностям, вот самые неблагоприятные губернии (данные П.В. Никольского на 1928 год): Ульяновская — 293 (на 10 000 населения), Саратовская — 285, Пензенская — 276, Тамбовская — 264, Воронежская — 226, Смоленская — 224.

Следует отметить: не вызывает никакого сомнения, что советская система здравоохранения успешно боролась с сифилисом. В 1924 году в России насчитывалось 40 вендиспансеров, в 1937 году их было уже 521. По данным московских прозектур за 1923–1927 годы, на основании 38 000 вскрытий сифилис как основное заболевание был зарегистрирован в 3,15% случаев. Как побочное страдание сифилис отмечался в 1–1,5%. *«В общем, следовательно, в Москве количество умерших, подвергнутых вскрытию, у которых сифилис мог быть доказан морфологически, за указанный период не превосходило 4,5–5%, считая не только взрослое и детское население, а также новорожденных и мертворожденных. В последующие годы (1928–1932), в числе 75 000 вскрытий, соответствующие цифры падают до 2,2% (сифилис как основное заболевание) и 2,8% (общей процент больных сифилисом)....эти цифры убедительно говорят о том, что в СССР сифилис — заболевание, уходящее в историю»* (И.В. Давыдовский). В 1956 году тот же Ипполит Васильевич пишет: *«В патологоанатомической практике сифилис стал довольно редкой находкой. Смертность от сифилиса в СССР особенно заметно упала за последние 30 лет»*.

В РФ за январь-октябрь 2017 года количество впервые выявленных случаев сифилиса всех форм составило 22 669 или 15,48 на 100 000 населения (в итоге, за год это составляет приблизительно около 27 000 больных с впервые выявленным сифилисом). По данным государственного комитета статистики РФ на 2013 год было 137 больных с сифилисом на 100 000 населения РФ или 28,9 впервые выявленных случаев сифилиса на 100 000 (2000 году этот показатель равнялся 164,5). Всего на учете в 2013 году состояло 196 900 больных с сифилисом, что говорит о представленности заболевания в популя-

ции у около 0,135% населения. Таким образом, падение заболеваемостью сифилисом можно оценить, при всей трудности сравнения разных показателей с различным смыслом, как падение в 40-50 раз по сравнению с концом 1920-х годов в РСФСР.

Резюмирую: если в 2000 году больных с впервые выявленным сифилисом было 239 400, то в 2016 это показатель снизился до 31 100. Такая динамика очень радует.

Сегодня каждый студент знает, что сифилис вызывается бледной трепонемой, но не все в курсе, что это стало известно всего чуть более века назад. Т.е. заболевание, пришло в Европу пятьсот лет назад, а его возбудитель определен только сто лет назад. До середины XIX века и мягкий шанкр, и сифилис и гонорейю относили к одному и тому же заболеванию и на протяжении трех с половиной веков считалось, что оно вызывается одним и тем же возбудителем. В 1767 году эдинбургский врач **Balfour был первым**, кто указал, что перелой (гонорейя) и сифилис — две различные болезни, но вмешался его величество случай и другой английский врач Hunter в 1785 году, привив себе перелойное отделяемое и заболев сифилисом, пришел к выводу, что перелой и сифилис одно и то же заболевание болезни (т.е. доктор взял биоматериал от больного, у которого были оба заболевания). И только через 60 лет, в 1830-х годах французский ученый Ricord на основании огромного количества произведенных им экспериментов сделал заключение, что перелой и сифилис по сути разные болезни. Затем уже его ученики Bassereau в 1852 году и Fournier в 1856 году пришли к заключению, что мягкий шанкр и сифилис тоже две различные болезни. В итоге, только к **середине XIX столетия** была окончательно установлена различная этиология **сифилиса, мягкого шанкра и гонорейи**.

Что касается **источников** заражения **сифилисом**, то для их установления **также потребовалось** немало труда. Ricord, вслед за Hunter, учил, что источником заражения служит лишь отделяемое шанкра, но не вторичных сыпей, так как отделяемое последних в его опытах не прививалось тому же больному, в противоположность отделяемому шанкра. Но Wallace в 1835 году показал заразительность вторичных сыпей для здоровых лиц, затем это подтвердил Giber в 1859 году. С этого времени начинается всестороннее изучение разнообразных проявлений сифилиса как в коже, так и во внутренних органах. Fournier установил связь между сифилисом и страданиями, не имеющими специфических признаков сифилиса, при *tabes dorsalis* и *paralysis progressiva*. И наконец, в 1905 году И.И. Мечникову и Roux удалось привить сифилис животным, Schaudinn и Hoffmann в том же году выделили бледную трепонему — возбудителя сифилиса, т.е. то, что микробиологически это спирохетоз стало известно не так уж давно. Таким образом, лишь в начале XX века, было выявлено, что этиология сифилиса — трепонема паллидум, причина парасифилиса мозга также имеет в основе сифилитическую природу. В Российской империи первым начал читать лекции по сифилидологии профессор Н.П. Мансуров в 1860-х годах, а со времени введения кафедр по венерологии в 1884 году наука сифилидология начала развиваться на качественно более высоком уровне.

В XV–XIX в. больных с сифилисом лечили препаратами ртути. На основе ртути готовили мази, в состав которых дополнительно входили разные вещества, которую и втирали. При этом часть пациентов, неизвестно какая, умирала от отравления ртутью или с явлениями меркуриализма. С середины XVI века также использо-

вался *radices sarsaparillae* (корень сапсапареля или сми-лак). К началу XX века входил в состав цитмановского декокта. В 1910 году к препаратам ртути и йода, которым были препаратами первого ряда в лечении сифилиса, в том числе и нейросифилиса, добавились препараты арсенобензольного ряда. В 1916 году было принято решение, рекомендуемое обязательное госпитальное лечение больных сифилисом комбинированным методом — сальварсаном и ртутью.

С введением в терапию сальварсана лечение сифилиса значительно усовершенствовалось, в 20-х годах добавилось и лечение препаратами висмута. Одновременно, к лечению тяжелыми металлами, добавились прививки малярии и тифа, и это, до открытия антибиотиков в 1940 году, составляло все возможности лечения как сифилиса, первичного, вторичного, третичного, так и нейросифилиса.

О возможном токсическом действии мышьяка на нервную систему пациента В.И. Ульянова, знали практически с момента введения препарата сальварсан в практическое использование. Сам механизм не понимали, но реакция нервной системы на препарат у ряда пациентов уже была отмечена. Авторы учебника «Сифилис нервной системы» под редакцией коллектива врачей, включая патологоанатома А.И. Абрикосова, так об этом пишут в 1927 году: *«Первые неудачи при сальварсане были отнесены на его токсические свойства. Эрлих указал, что так называемые неврорецидивы представляют настоящие сифилитические процессы, а не интоксикации. По Вейгелту, неврорецидивы — провокация невросифилиса сальварсаном. Дрейфус первый обратил внимание на дозировку сальварсана и на значение дозы в провокации неврорецидивов. Дрейфус указал, что недостаточное*

лечение сальварсаном — причина осложнений со стороны нервной системы; слабые дозы сальварсана не могут принести пользу или защитить, вернее приносят вред. Работы Флейшмана, Геннериха, Вертера, Фрювальда показали, что цереброспинальная жидкость не леченных сифилитиков менее изменена, нежели у получивших слабую дозу сальварсана».

Таким образом, на момент начала лечения В.И. Ульянова, врачебному сообществу в целом не была понятна причина нейрорецидивов у подобных пациентов. Были ли это сам сифилитический процесс, ответ ли иммунной системы, о которой тоже мало что знали в то время, или же это токсическое действие применяемого препарата. После обнаружения в начале XX века, что этиология сифилиса и парасифилиса мозга (прогрессивного паралича и табеса) имеют одну и ту же природу и одного возбудителя, работа врачей и химиков активизировалась, поскольку стало понятно против чего нужно действовать. В тот момент сифилис был на первом месте у относительно молодых пациентов с инсультами в структуре ишемических поражений мозга. Он же был на первом месте среди всей патологии, по частоте встречаемости среди больных психиатрических отделений на территории бывшей РСФСР.

Клинический случай, который мы описываем, не является чем-то необычным или выходящим за известные рамки. Для нас интересно лишь то, что, судя по описаниям у пациента Ульянова в течение нескольких лет, как минимум в 1921–1922 годы, отмечены изменения личности и поведения. Если бы пациент был простым человеком или даже писателем Ги де Мопассаном, его повышенные раздражительность, расторможенность, импульсивность, конфликтность с окружающими, агрессивность,

отсутствие критического отношения к своим поступкам, двигательное возбуждение не имели бы принципиального значения. Но речь идет о первом лице государства, отклонения в поведении которого могли повлиять и на принятие политических решений, и на обстановку внутри правящей верхушки. Возможно, влияли. Проблема описываемого нами заболевания была еще и в том, что часто больные не подозревали о своей беде: *«...как показывает практика, не особенно редки случаи, когда больной не знает о бывшей у него болезни и потому, при опросе, отрицает сифилис»*.

Адольф Фон Штрюмпель, консультант пациента Ульянова: *«Рядом со всеми этими признаками начинающейся умственной слабости, обнаруживается часто, с другой стороны, ненормальная раздражительность. Больной впадает в возбуждение, в гнев и т. под. Обыкновенно, впрочем, это настроение быстро проходит, не оставляя прочного следа. Легко понять, какой страх и опасения эти перемены всей личности больного внушают окружающим, тем более, что вначале они совершенно не могут понять, почему больной «совсем не тот, что был раньше»*. Насколько могла неврастеническая стадия до ее перехода в паралитическую, когда становится ясно, что болезнь требует госпитализации и медицинского ухода, оказать влияние на политическое противостояние в СССР, — это вопрос для будущих исследователей. Возможно, потребуется более тщательное изучение ленинских документов с привлечением клинических психологов.

Среди известных лиц, с большой долей вероятности, страдавших люэсом, были царь Иван IV Грозный, который, как и Ленин умер в 54 года, и его сын Иван. Основанием для такого предположения является тот факт,

что в останках обнаружили характерные для сифилиса изменения скелета и повышенное количество ртути, которую и в XVI веке использовали для лечения сифилиса. Во время эксгумации в 1963 году, когда комиссией в Архангельском соборе Московского Кремля были вскрыты четыре гробницы: Ивана IV, его сыновей Федора и Ивана, и князя Скопина-Шуйского, было проведено химическое исследование, которое показало в останках царя и его старшего сына Ивана ртути в пять раз больше, чем в останках Федора и Скопина-Шуйского, что говорит о попадании данного тяжелого металла в организм Ивана IV при жизни.

Но, это не просто сифилис. Описания последних лет жизни Ивана IV очень похожи на парасифилис головного мозга или говоря современным языком на прогрессивный паралич. Поздний сифилитический паралич, неуклонно переходящий из неврастенической формы к следующим: псевдопаралитической, маниакальной, паранойяльной, мог быть причиной жестокого поведения царя и его решений, в том числе и появления опричнины.

Если в 1920-х годах нейросифилис в нашей стране встречался настолько часто, что психиатрические больницы на 10-40% были заполнены пациентами с различными формами сифилитических психозов, то по статистике на 2016 год в РФ пациентов с ранним нейросифилисом было 275 человек или 0,19 на 100 000 населения и поздний нейросифилис диагностирован в тот же период у 1159 или 0,79 на 100 000.

Открытием антибиотиков наука нанесла сильнейший удар по нейросифилису, сделав его крайне редким. Тем не менее, ранняя диагностика — это важная часть борьбы с данным заболеванием. Так в 2016 году в РФ проведе-

но 54 846 916 неспецифических исследований на сифилис и 29 364 014 специфических (при населении страны 146 770 000).

Если лечение сифилиса в наши дни не представляет собой значимых сложностей и после серологического контроля пациента можно считать здоровым, то сбор анамнеза у таких больных сегодня так же сложен, как и в случае с пациентом Ульяновым почти сто лет назад.

*«Все есть яд и все есть лекарство,
тем или иным его делает только
доза».*

Парацельс

Сальварсан

«Все врачи, исследовавшие Владимира Ильича во время его болезни, предполагали, что основой его заболевания является поражение сосудов головного мозга. Никаких положительных указаний на специфическую природу заболевания не было ни со стороны анамнестических данных, ни со стороны исследования крови и черепно-мозговой жидкости. Однако при каждом органическом поражении мозга эту возможность необходимо иметь в виду, а в данном случае на эту мысль наводили некоторые особенности клинического течения, как значительные колебания в состоянии больного, явления коркового раздражения и паралитические явления, от которых больной легко оправлялся, также сильные головные боли. Поэтому было применено уже в начале болезни лечение арсенобензолом, после которого наступило весьма существенное улучшение. Вторая попытка в марте 1923 г. применить

ртутное лечение и *Bismigenal* не удалась, так как у Владимира Ильича обнаружилась идиосинкразия на ртуть. В дальнейшем попыток уже не делалось, как вследствие противопоказаний по состоянию больного, так и вследствие того, что картина болезни настолько выяснилась, что полезность специфической терапии была исключена. Данные вскрытия подтвердили артериосклеротическую основу болезни».

Prof. Foerster.

В. О с и н о в. Проф. Д. Фельдберг.

Проф. В. Крамер.

А. Кожевников. Ф. Г е т ь е.

**РЦХИДНИ, ф., 16, оп. 2, д. 42,
л. 16–17. Подлинник (текст —
автограф В.П. Осипова).**

4 августа 1922 года у пациента В.И. Ульянова произошел полный паралич правой половины тела, начало которого четко связано со временем введения арсенобензольного препарата, который в дневнике обозначен «ars». Вот как это описано: «В 12-00 часов дня приехали профессора Ферстер и Крамер. Сделано вливание **0,3 ars**, во время лежания после впрыскивания разговаривал, вдруг замолчал и стал как бы жевать и чмокать губами, правая рука и нога еще действовали, но вскоре после этого они перестали двигаться. Складки на лице справа глажены, лицо скошено влево, не говорит, глаза открыты, правая рука и нога неподвижны, левыми производит движения. Началось в 12-48. Справа ясный симптом Бабинского и повышение всех рефлексов на руке и ноге. Через четверть часа отклонение языка вправо и продолжается парез правого фациалис. Появились небольшие дергания в руке. Через 20 минут первые движения в ноге. Симптом Бабинского

становится менее ясным, рефлексy немного ослабели, говорит «да-да, нет-нет, а чорт». Несколько раз сильно зевнул. Через 20 минут все движения очень хорошие в ноге, симптома Бабинского нет, движения в руке атаксические. Парез faciалис становится меньше. Пытается говорить, но не удается. В руке подергивания в отдельных мышцах без двигательного эффекта. Зрачки реагировали все время. В течении следующего часа движения пришли в норму, но речь почти без перемен. Несколько раз делал попытку заговорить, но издавал лишь отдельные звуки и слога. Но из слов опять «да-да», «нет-нет» и «а чорт». В течение следующего часа парез faciалис гладился. Через два часа начал говорить — «идите, едайте», «много ешьте и спите» вместо «идите обедайте», «много ешьте и пейте». Сила по динамометру на правой руке 70 делений. По истечении 2 часов 30 минут часов говорит хорошо и по-русски, и по-немецки, но подыскивает слова, есть элементы парафазии. В 6 часов Владимир Ильич расказал, что с ним произошло. Он все время был в сознании и понимал, что с ним происходит.....».

Вот, что про тот день написал профессор Ю.М. Лопухин: «Сильный спазм с потерей речи и парезом конечностей случился 4 августа после инъекции мышьяка и закончился через 2 часа полным восстановлением функций». Далее, по ходу дневника, препараты, содержащие мышьяк (арсенол), которые использовали в лечении пациента, обозначались по-разному: arsen, энесол, неосальварсан и даже мышьяк. И такие «спазмы», которые мы сегодня назвали бы скорее транзиторной ишемической атакой, у пациента В.И. Ульянова на введение данных лекарственных средств арсенобензольного ряда, активным началом которых был мышьяк, отмечены по ходу дневника и позднее.

Название мышьяк в русском языке исходит от слова «мышь» в связи его с широким употреблением этого яда для истребления грызунов. Содержание мышьяка в земной коре $1,7 \cdot 10^{-4}\%$ по массе, он также встречается в природе в самородном виде, его минералы имеют вид металлически блестящих серых скорлупок или плотных масс. Россия располагает месторождениями мышьяка на Урале, в Забайкалье и на Чукотке. Ранее в стоматологии, как средство для локального омертвления зубного нерва, широко применялось одно из производных мышьяка, но в настоящее время из-за высокой **токсичности** он почти не используется.

Дневник не позволяет определить, какой именно из препаратов мышьяка был использован. Но это есть в официально опубликованных ранее документах: *«В первом периоде приступы явлений раздражения и параличи были кратковременными, продолжались от нескольких минут до нескольких дней, но повторялись очень часто; психические явления были выражены резко и длились несколько месяцев; в особенности отчетливо выступало расстройство памяти и усвоения прочитанного, из которого удерживались лишь последние одно или два слова; Владимир Ильич не был в состоянии производить самые простые арифметические действия и не мог воспроизводить показанных ему геометрических фигур. Письмо было макрографическим, почерк дрожащий, с пропусками букв. Исследование крови и черепно-мозговой жидкости никаких отклонений от нормы не обнаружило. Врачи определили заболевание как последствие распространенного, а частью местного сосудистого процесса в головном мозгу (Sclerosis vororum сечевой) и предполагали возможность его специфического происхождения; вследствие этого были сделаны попытки осторожного применения арсе-*

нобензолных и йодистых препаратов, чтобы не упустить эту меру в случае, если бы такое предположение подтвердилось. Больной получил дробными дозами (от 0,15 до 0,3) в общем 3,2 Neosalvarsan'a; в течение этого лечения наступило весьма существенное улучшение до степени исчезновения болезненных симптомов общих и местных, причем головные боли прекратились уже после первого вливания. Тем не менее в течение августа и сентября Владимиру Ильичу не было разрешено заниматься какими бы то ни было делами, и только в октябре это было ему позволено в весьма ограниченных размерах, не больше двух часов в день».

Ф. Гетье.

Проф. В. Осипов.

Проф. Д. Фельдберг. Prof. Foerster.

Проф. В. Крамер.

А. Кожевников.

**РЦХИДНИ, ф. 16, оп. 2, д. 42,
л. 12–15. Подлинник (текст —
автограф В.П. Осипова).**

Считается, что, хотя мышьяк в микродозах использовали и в древние века, эра активного применения препаратов мышьяка началась именно с открытия сальварсана, вещества «606». Даже если ранее и лечили сифилис, то мышьяк использовали в микродозах для лечения астенизации организма, как общеукрепляющее средство. Полагали, что мышьяк благотворно влияет на процессы кроветворения, обмен веществ, скорость роста тканей, повышаются устойчивость организма к воздействию внешних вредных факторов. Вот что говорится о мышьяке в учебнике по фармакологии начала прошлого века: «Что касается общего влияния мышья-

ка на организм после всасывания, которое совершается вообще быстро, то прежде всего нужно указать, что действие малых доз является одним из ценных для терапевтических целей воздействия при упадке питания от различных причин. При такого рода введении мышьяка, будет ли то внутреннее или подкожное применение, наблюдается прежде всего изменение обмена веществ в сторону усиления ассимиляции, усвоения, с понижением диссимиляционной фазы, распада; количество выводимого азота уменьшается, в организме наблюдается накопление как белковых веществ, так и безазотистых. Вследствие этого получается постепенное увеличение количества жира и прибыль в весе; одновременно ясно наблюдается улучшение питания и кожи и ее придатков — волос, шерсти, а также, весьма напоминающее фосфорное, уплотнение костей, а у молодых животных — и усиленный их рост вообще. Влияние мышьяка на костный мозг выражается в стимулировании кроветворения, выражающемся в увеличении количества красных кровяных шариков».

Гиппократ рекомендовал пасту сульфида мышьяка для лечения язв, Парацельс также лечил ряд болезней арсенатом калия. Но все поменялось с наступлением XX века. Многообещающее использование производных мышьяка началось, по моему мнению, с выявления его ядовитого действия на трипаномы, констатированное первоначально на мышьяковой кислоте. «Наиболее важным оказалось ядовитое действие мышьяка на трипанозом, констатированное первоначально на мышьяковой кислоте (Лаверан и Месниль, Laveran, Mesnil), однако — неустойчивое, или требовавшее явно отравляющих доз. Стремление обезвредить мышьяк повело к попыткам применения органических соедине-

ний мышьяка, из которых первоначально был выдвинут атоксил — натровая соль парааминофениларсиновой, иначе — арсаниловой, кислоты: Атоксил оказался весьма действительным при трипанозомных заболеваниях (например, сонная болезнь) и одновременно малотоксичным для организма-носителя (Тома, Кох, Thomas, Koch). Исследования повели к испытанию атоксила и при сифилисе, так как возбудитель его *spirochaeta pallida*, находится в родстве с трипанозомами, как вообще вида *protozoa*, а также и возвратном тифе (возбудитель — спирилла Обермейера (Obermeyer). Результаты были вполне благоприятны, особенно в последнем случае. Однако явления со стороны пищеварительного тракта, почек и центральной нервной системы иногда весьма тяжелы, а фиксирование атоксила зрительным аппаратом вело нередко у человека к тяжелому воспалению (перерождению) зрительного нерва с его атрофией и стойкой слепотой».

Очевидно, все вышесказанное, и привело Эрлиха и Хата к идее синтезировать на основе мышьяка новое вещество для лечения сифилиса, который был, напомним, бичом того времени, а в результате и к синтезу вещества «594», стоварсола, который выпускался в Вене под торговым названием спироцид, а затем и вещества «606». Т.е. первоначально существовала идея, что если есть влияние производных мышьяка на трипанозомные заболевания, то это можно использовать и при сифилисе.

Последующие несколько лет экспериментов и определение менее токсичного вещества привели к созданию вещества «606». Сальварсан или препарат «606» (диоксидиаминоарсенобензол), синтезирован в 1909 году Эрлихом и поступил в продажу уже на следующий год.

Скорость, как сегодня сказали бы «вывода фармпрепарата на рынок», свидетельствует о важности проблемы лечения сифилиса во всем мире на тот момент. Уже в 1910 профессор Л.С. Минор в учебнике «Краткая терапия нервных болезней» писал о своем опыте лечения прогрессивного паралича и табеса препаратами мышьяка: *«из мышьяковых препаратов очень хороши Sol. Arrhrenal 3-5% под кожу или внутрь»*. Началась новая эра борьбы с сифилисом — эра мышьяка.

Сальварсан отпущался в ампулах, наполненных индифферентным газом, чтобы предохранить его от окисления. Важно, что по сравнению с атоксилом, который предшествовал сальварсану, по данным П. Эрлиха, у последнего соотношение лечебной и токсической дозы было 1:58, тогда как у первого 1:2. Но еще более приемлемым по своему действию на организм стало следующее лекарственное средство, которое вытеснило сальварсан. Это неосальварсан, или препарат «914», который химически соответствовал натриевой соли монометансульфинапара-диоксида-диаминоарсенобензола. Затем, уже после смерти доктора Пауля Эрлиха в 1915 году, его учениками было положено начало исследованиям в области органических соединений мышьяка и в результате получена целая линейка сальварсанов — серебряный сальварсан (силберсальварсан), неусилберсарвансан (20% мышьяка и 6% серебра), миосальварсан.

«При лечении сальварсаном (мышьяка 31%), менее — неосальварсаном (мышьяка 21%) может наблюдаться целый ряд осложнений: уже при самом внутривенном вливании может получиться так называемый ангионевротический симптомокомплекс, проще — коллапс, но с цианозом, упадок пульса обморок и т. д. Здесь не-

избежно прекращать вливание и быстро ввести в вену 1 см адреналина 1:1 000. Кроме того, могут быть желудочно-кишечные расстройства, с рвотой и поносом, температурная реакция, поражение почек, психическое возбуждение, кожные сыпи, судороги, поздний коллапс и т. д. Неоднократно наблюдались здесь смертельные исходы, особенно в начале применения. Весьма тяжелыми являются осложнения со стороны центральной нервной системы, с самыми разнообразными явлениями: головными болями, параличами, расстройствами функции черепно-мозговых нервов (слухового, зрительного, лицевого); описаны эпилептоидные судороги и явления апopleксии и т. д. Поэтому существует мнение, что сальварсан может способствовать сифилитическому поражению центральной нервной системы, влияя лишь на поражения кожных и слизистых оболочек. С другой стороны, существует мнение, что эти неврорецидивы зависят от недостаточной дозы сальварсана, которая ослабляет сопротивляемость тканей, а одновременно не убивает спирохет, почему необходимо добиваться именно этого последнего эффекта применением больших доз. Во всяком случае теперь часто применяют сальварсан и его дериваты при таких парасифилитических заболеваниях, как прогрессивный паралич и спинная сухотка, иногда с положительным результатом. Все эти соображения ясно указывают на всю сложность вопроса и те разногласия, которые существуют в нем. Является несомненным, что сальварсан и дериваты должны для получения результата при сифилисе применяться повторно; далее, на один сальварсан надеяться при лечении сифилиса нет положительных оснований (частота рецидивов); наконец его применение должно вестись умелой рукой, с знанием дела, с большой осторожностью,

имея в виду целый ряд осложнений и противопоказаний».

В связи с большим количеством побочных действий сальварсановых препаратов, за которыми, как мы сегодня понимаем, стояло токсическое воздействие мышьяка, существовали особые правила применения всех без исключения сальварсанов, опубликованные, например, в Германии (официальный отдел журнала «*Dermatologische Wochenschrift*»), или утвержденные Государственным советом здравоохранения («*Врачебная газета*», 1922 год, выпуск 5–6), или правила, разработанные для РККА.

Правил, которыми руководствовались врачи В.И. Ульянова, при применении сальварсановых препаратов, было очень много: *«1. Сальварсановые препараты могут быть применяемы при всех формах сифилиса. В особенности их применение действительно при самых первых стадиях заболевания. 2. Совершенная техника и тщательные наблюдения за больными до, вовремя и после заболевания — основное условие успешного применения сальварсана. До начала лечения нужно предварительно подробно расспросить больного о прежних заболеваниях, о состоянии здоровья в данный момент, а также подвергнуть подробному исследованию (сердце, моча). 4. При легких заболеваниях (простуда, ангина, заболевание желудка) впрыскивание сальварсана производится с очень большой осторожностью, при более же тяжелых расстройствах здоровья лучше всего совсем не применять препаратов сальварсана; равным образом нельзя впрыскивать сальварсан лицам, плохо перенесшим последние впрыскивания. Не рекомендуется производить впрыскивание сальварсана натощак и при переполненном желудке. 5. С особенной осторожностью необходимо при-*

менять препараты сальварсана при следующих заболеваниях: при резко пониженном питании у кахектиков, при тяжелом анемичном состоянии, у больных с тимико-лимфатическим состоянием, при диабете, Базедовой и Аддисоновой болезнях, туберкулезе легких, при поражениях Сердца и сосудистой системы, заболевании печени и пищеварительных органов, при ожирении, алкоголизме, эпилепсии, заболевании почек или хотя бы подозрении таковых, а также при беременности. В этих случаях применять сальварсан, начиная с малых доз, и переходить к нормальной дозировке, при условии, если препарат хорошо переносится. Также следует избегать применения у сифилитиков с расстройством нервной системы и других важных для жизни органов, а также и у тех лиц, которые при введении сальварсана обнаруживали какие-либо (пункт 10–12) нарушения равновесия в общем состоянии организма. 6. При внутривенном введении сальварсана особенно необходимо в каждом случае установить высшую дозу: она находится в зависимости от веса тела, общего состояния здоровья, а также от места, характера тяжести и распространения наблюдаемых проявлений сифилиса. Для первых введений можно посоветовать применение малых доз (дозировки I и II = 0,1–0,2 г сальварсана; 0,15–0,3 г неосальварсана или *Salvarsannatrium*; 0,1 г Arg.-сальварсана; для крепких юных мужчин доходят до самой большой дозы III = 0,3 г сальварсана; 0,45 г неосальварсана или *Salvarsannatrium* 0,25 г Arg.-сальварсана), для дальнейших введений можно применять более сильные дозы (дозировки III и IV = 0,3–0,4 г сальварсана; 0,45–0,6 г неосальварсана или *Salvarsannatrium*; 0,25 до 0,3 г Arg.-сальварсана). Для целей (...) лечения нельзя превышать одиночных доз: у сильных здоровых мужчин: дозировка IV (0,4 г сальварсана, 0,6 г

неосальварсана или *Salvarsannatrium*; 0,3 г Arg.-сальварсана), у женщин: дозировка III (0,3 г сальварсана; 0,45 г неосальварсана или *Salvarsannatrium*, 0,25 г Arg.-сальварсана). При дозировке у детей необходимо обращать внимание на общее состояние здоровья, в особенности на вес тела.

7. Между отдельными интравенозными впрыскиваниями нужно устанавливать перерывы 3–7 дней при больших дозах (дозировка III у женщин, дозировка IV у мужчин). При употреблении меньших доз можно производить впрыскивания через более короткие промежутки времени. 8. При чисто сальварсанном лечении общее количество употребленного в течение шести недель препарата не должно превышать: 2,5–3,0 г сальварсана; 4,0–5,0 г неосальварсана или *Natriumsalvarsan*; 2,0–2,5 г Argent.-сальварсана. С другой стороны, при исключительных показаниях и у лиц с хорошим здоровьем можно превысить вышеозначенные дозы. При комбинированном лечении со ртутью рекомендуются особая осторожность дозировки и тщательное наблюдение за больным. 9. Вовремя лечения, в особенности в день впрыскивания, больные должны избегать непривычных телесных напряжений и излишеств. После впрыскивания предлагается больному четверть часа лежать отдохнуть. Следует озаботиться доставлением больному во время лечения хорошего питания. 10. Больные должны быть осведомлены, что после впрыскивания могут появиться: головная боль, тошнота, головокружение, рвота, лихорадка, обморок, бессонница, покраснение лица, кровотечения, сыпи и скудное мочеотделение. 11. Если эти осложнения приобретают серьезный характер, необходимо прекратить лечение; начинать таковое на 8-й день, после того как больной почувствует себя вполне хорошо: приме-

нять необходимо меньшую дозу, иногда и другой препарат сальварсана. После первого впрыскивания нередко бывает быстрое и преходящее повышение температуры тела; это не может служить препятствием для продолжения лечения, однако, всякие повышения температуры тела при дальнейшем лечении принуждают быть осторожным. 12. Особенно важно не проглядеть легкие скоропреходящие сыпи. При первых признаках таких высыпаний нужно прекратить лечение. Даже при легких сыпях требуется прекратить лечение, по крайней мере, на 14 дней; при этих условиях преждевременное применение *Salvarsan* (а также и ртути) вызывает более тяжелое общее воспалительное состояние южных покровов. Если же таковое состояние появилось, следует совершенно прекратить лечение, в дальнейшем прежде всего воздержаться на некоторое время от какого бы то ни было противосифилитического лечения. 13. Ввиду того, что в настоящее время применяется разнообразное комбинированное лечение сальварсаном и ртутью, следует особенно остерегаться побочного влияния обоих препаратов. Настойчиво рекомендуется начинать с лечения сальварсаном, если наблюдается свежий сифилис, особенно при отрицательной реакции Вассермана. 14. Применять препараты сальварсана следует при соблюдении строжайшей асептики. 15. Приготовлять раствор сальварсана необходимо с особенной тщательностью, непосредственно перед самым впрыскиванием. Не следует растворять препарат в шприце. Приготовлять раствор необходимо на свежестерильной, дистиллированной, слегка подогретой воде; однако она не должна превышать температуры тела. Целесообразно готовить воду двойной дистилляции, в сосудах из кварцевого или венского стекла, или же пользоваться

стерильной дистиллированной водой в ампулах. Растворы сальварсана должны быть совершенно прозрачные, без видимых в них частиц каких-либо примесей. 16. Так как все препараты сальварсана, в особенности неосальварсан и *Salvarsannatrium*, разлагаются при доступе воздуха и становятся тогда в высокой степени яд шитыми, необходимо удостовериться, что ампула не повреждена. Негодны препараты с изменившимся цветом. Ампулу следует открывать непосредственно перед впрыскиванием. Свежеприготовленный раствор необходимо тотчас использовать. При интравенозном впрыскивании должно позаботиться о том, чтобы игла шприца не была смочена раствором сальварсана. Необходимо также обратить должное внимание, чтобы игла хорошо поместилась в вене, не повредила ее внутренней стенки, не проткнула бы во время впрыскивания стенок вены. Впрыскивание производится медленно. При малейших жалобах на боль в вене, затруднении дыхания, при едва заметном образовании на месте впрыскивания инфильтрата (узла), впрыскивание немедленно прекращается. Равным образом нужно прервать впрыскивание, если ощущается какое-либо препятствие для опорожнения шприца; продолжать же впрыскивание можно только тогда, когда удастся удостовериться, что канюля (игла) шприца имеет правильное положение в вене, в чем убеждаются, если при насаживании шприцем в последнем появляется кровь».

Из инструкции, одобренной ученым медицинским советом Наркомздрава, по применению сальварсановых препаратов было известно, что безусловным противопоказанием к ним были дегенеративные изменения со стороны центральной нервной системы. Относительными противопоказаниями, требующими строгой инди-

видуализации каждого случая, в выборе доз и времени между отдельными вливаниями, был обширный список, куда входили эпилепсия несифилитического генеза, симптомы опухоли спинного мозга, заболевания слухового и зрительного нервов и т.д.

Побочных действий, в основе которых, как мы сегодня понимаем, лежит токсическое действие мышьяка, было очень много — лихорадка, дерматиты, желтуха, тошнота, рвота, гастроэнтериты и т.д. Наиболее опасной формой, которую мы наблюдаем у пациента Ульянова, была «апоплексия». *«Осложнение это дает до 70% смертности и возникает то внезапно без всяких предвестников то предшествоваемое головной болью, тошнотой, рвотой, неопределенным общим недомоганием которые становятся все чаще и чаще и ведут к глубокому коматозному состоянию с тургором затылочных мышц, с приступами контрактуры или тризма, с симптомами Кернига при затрудненном дыхании Чайн-Стокса, малом и частом пульсе. Постепенно нарастая, все эти явления длятся 2-3 дня или постепенно проходят, или, что наблюдаются чаще, ведут к летальному исходу (Курс фармакологии, 1929 года)».*

В основе действия всех препаратов мышьяка заложен бактерицидный механизм. Бледные трепонемы в его присутствии теряли подвижность и гибли. При этом, бактерицидное действие возрастало при повышении температуры тела у пациента, а оптимальной температурой существования спирохет являются 37 градусов.

Механизм токсического действия соединений мышьяка заключается в их способности вступать в реакции с сульфгидрильными группами ферментных систем клетки, в результате чего образуются цикличе-

ские соединения типа арсенидов, которые характеризуются прочностью связей и высокой токсичностью. Наступающая при этом инактивация тиоловых ферментов приводит к резкому нарушению ряда жизненно важных процессов в организме.

Патогенез интоксикаций всеми веществами, где содержится арсенол, сходен, но картина отравления мышьяком содержащими соединениями во многом зависит от путей поступления яда. При попадании внутрь повреждается преимущественно слизистая оболочка желудка и кишок из-за раздражающего и прижигающего действия мышьяка, что похоже на холеру либо острую токсикоинфекцию. Эти признаки были у академика В.М. Бехтерева, который, как мы помним, стремительно умер на фоне полного физического здоровья. Желудочно-кишечная форма начиналась с сухости, тошноты и рвоты, затем присоединялись сильные боли в животе и холероподобный понос. Вследствие большой потери жидкости, наблюдается так же, как и при холере судороги и *facies Hippocratica*. Дифференциальным диагнозом здесь служили сильные боли, и запаздывание поноса по отношению к рвоте. На вскрытии резкое набухание слизистой желудка и кишечника, сосуды их стенок расширены с множественными кровоизлияниями.

Так как мышьяк — это капилляротоксический яд, то нарастающие сосудистые нарушения (парез и паралич капилляров во всех органах) обуславливают развитие коллапса, который и предопределяет течение острой интоксикации. Также при отравлениях препаратами мышьяка нарушается прежде всего функция центральной нервной системы и аппарата кровообращения (ослабление сердечной деятельности, паралич капилляров). Паралитическая форма наблюдается при

приеме внутрь и всасывании больших количеств неорганических соединений мышьяка. При этом на протяжении нескольких часов после отравления развиваются общая слабость, адинамия, чувство страха, глухота. Отмечаются подергивания в икроножных мышцах, судороги, потеря сознания, коллапс, кома и смерть от остановки дыхания. При отравлении химиотерапевтическими (органическими) препаратами мышьяка, вводимыми парэнтерально (например, внутривенно) пищеварительный аппарат не поражается.

О возможном токсическом действии мышьяка на нервную систему пациентов, знали практически с момента введения в 1910 году сальварсана в практическое использование. Но не понимали сам механизм, хотя реакция нервной системы на препараты у части больных уже была отмечена.

Ю.М. Лопухин пишет: *«Ленину стали энергично проводить специфическое лечение. Уже после его смерти, когда диагноз был ясен, при описании всей истории болезни это противосифилитическое лечение находит своеобразие оправдание: «Врачи определили заболевание как последствие распространенного; а частью местного сосудистого процесса головном мозгу (sclerosis vasorum cerebri) и предполагали возможность его специфического происхождения».*

Патологоанатом А.И. Абрикосов, которому доверили редакцию учебника «Сифилис нервной системы», так об этом пишет в 1927 году: *«Первые неудачи при сальварсане были отнесены на его токсические свойства. Эрлих указал, что так называемые неврорецидивы представляют настоящие сифилитические процессы, а не интоксикации. По Вейгельту, неврорецидивы — провокация невросифилиса сальварса-*

ном. Дрейфус первый обратил внимание на дозировку сальварсана и на значение дозы в провокации неврорецидивов. Дрейфус указал, что недостаточное лечение сальварсаном — причина осложнений со стороны нервной системы; слабые дозы сальварсана не могут принести пользу или защитить, вернее приносят вред. Работы Флейшмана, Геннериха, Вертера, Фрювальда показали, что цереброспинальная жидкость не леченных сифилитиков менее изменена, нежели у получивших слабую дозу сальварсана».

Таким образом, период болезни пациента Ульянова пришелся на время активной эволюции знаний о нейросифилисе в новых условиях и возможностях лечения подобных больных препаратами арсенобензольного ряда, но тогда врачебное сообщество еще не понимало причину нейрорецидивов, т.е. был ли это непосредственно сифилитический процесс, ответ иммунной системы, или же это токсическое действие самого препарата.

В 1990-годы появились данные о токсическом поражении жителей Бангладеш и еще ряда стран с избытком мышьяка в питьевой воде, при этом клиническая картина включала токсическое воздействие на ЦНС, что зачастую сопровождалось множественными параличами, которые, напоминали очень реакцию на введение препарата мышьяка у пациента В.И. Ульянова.

Ушла целая эра. С открытием пенициллина в 1940 году арсенобензольные лекарства, эти токсичные препараты, были постепенно вытеснены антибиотиками. Но исследования соединений мышьяка продолжают на уже другом уровне, например, сегодня изучается влияние мышьяка на теломеразу.

Абрикосов

Интересный вопрос в контексте нашего исторического ребуса — почему же труп В.И. Ульянова вскрывал именно Алексей Иванович Абрикосов. И почему труп не везут на секцию, как принято, в специализированное учреждение, на кафедру Московского университета или в прозекторий Яузской больницы (23 ГКБ им. Медсантруд), а вызывают специалиста в загородную усадьбу Горки, где ничего не приспособлено для вскрытия. Зато есть телефон и охрана из латышских стрелков под руководством П.П. Пакална.

Разумеется, делается этот нерациональный с точки зрения врачебного мышления шаг исключительно из соображений обеспечения невозможности утечки важной информации. Финальный аккорд в истории Ленина должен быть написан так как нужно, а значит с членами комиссии лучше разговаривать в Горках. На кафедре патологической анатомии Медицинского университета это сделать труднее, да и количество ознакомленных там может быть гораздо больше, поскольку кроме членов комиссии, будет еще персонал кафедры. Поэтому, как рассказала мне научный работник Музея Горки Ленинские, вскрывали тело в ванной комнате усадьбы вдовы Морозова.

Сегодня, как известно любому студенту, Алексей Иванович Абрикосов обоснованно считается основателем школы отечественной патологической анатомии. Он академик и отец нобелевского лауреата.

Рожденный в одной из самых богатых купеческих семей Российской империи в 1875 году, он в 1900 году окончил медицинский факультет Московского университета. Вот как этот период описывает сам Алексей Иванович: *«Пребывание в течении пяти лет на медицинском факультете навсегда сохранилось в моей памяти как очень интересный и важный период времени, ведь нашими учителями были Д.Н. Зернов (анатомия), Н.А. Умнов (физика), А.Н. Остроумов (внутренние болезни), А.А. Бобров (хирургия). Н.Ф. Филатов (детские болезни), С.С. Корсаков (психиатрия), В.Ф. Снегирев (женские болезни), М.Н. Никифоров (патологическая анатомия)».*

Вот как Алексей Иванович Абрикосов описывает сосуды и *ria mater* у пациента Ульянова: *«Мягкая мозговая оболочка полушарий мозга над вышеописанными участками западений представляется мутной, белесоватой, местами с желтоватым оттенком. Кое-где над бороздами и вне участков западений замечаются белесоватые места, в области которых мягкая мозговая оболочка плотна и на разрезе оказывается утолщенной. Сосуды основания мозга. Обе arteriae vertebrales, а также arteria basilaris утолщены, не спадаются; стенки их плотны, неравномерно утолщены, белесоватого, местами с желтым оттенком, цвета. Просвет их на разрезе местами сильно сужен до размера небольшой щели. Такие же изменения заметны и со стороны ветвей артерий (a. a. cerebri posteriores). Внутренние сонные артерии, а также передние артерии мозга точно так же представляются плотным, со стенкой, неравномерно утолщенной, и просветом, местами значительно суженным. Левая внутренняя сонная артерия в ее внутричерепной части просвета не имеет и на разрезе представляется в виде сплошного*

плотного белесоватого тяжа. Левая Сильвиева артерия очень тонка, уплотнена, но на разрезе сохраняет небольшой щелевидный просвет».

А вот для сравнения описание атеросклероза, сделанное тем же профессором Абрикосовым А.И. на два года позже. Протокол (часть протокола, посвященная артериосклерозу) вскрытия тела Ф.Э. Дзержинского: «Сердце несколько увеличено (15 см x 13 см), эпикард не изменен, клапаны как правого, так и левого сердца особых изменений не представляют; мышечная стенка левого желудочка до 2 см, стенка правого желудочка нормальной толщины, мышца левого желудочка темно-красная с кое где встречающимися бледными пятнами. Обе венечные артерии имеют сильно утолщенную стенку и суженный просвет, на продольном разрезе ветвей венечных артерий всюду выступают многочисленные атероматозные бляшки, частью изъязвленные, особенно резко этот процесс выражен в передней ветви левой венечной артерии, в которой просвет в которой просвет в двух нижних третях является еле заметным. Как в грудной, так и брюшной аорте внутренняя поверхность обобращена большим количеством атероматозных бляшек, частью белых склеротических, частью желтых ожиревших, частью изъязвленных, с небольшими пристеночными тромботическими наложениями. Атероматозные бляшки вышеупомянутого характера встречаются также и в крупных периферических артериях. Анатомический диагноз резкий общий артериосклероз с преимущественным поражением аорты. Гипертрофия левого желудочка сердца, острое застойное полнокровие органов».

При сравнении двух актов, видно, что в первом случае не описаны атероматозные бляшки, которые,

конечно, имеют ограниченный характер, т.е. имеют край. Кроме того, в первом заключении в описательной части ни разу не используются слово атероматоз, нет и описания изъязвления бляшек с отложением жира, что является безусловным признаком данного заболевания.

Когда патологоанатом Абрикосов А.И. позднее написал учебник «Частная патологическая анатомия», то единственной главой в двухтомнике, которую он отдал на сторону, была глава по сосудам. Ее написал другой профессор Н.Н., Аничков. В ней он прямо указал, что никакого атеросклероза изнашивания, который описывается в результативной части акта от 22 января 1924 года как абнугтцунгсклерозе, не бывает. Подчеркну, очень удивительно: двухтомник пишет сам Абрикосов, и логично, чтобы патологоанатом давал свои представления не только по всем заболеваниям, но и своим языком, через взгляд именно специалиста по патологической анатомии. Но нет, именно эту одну главу пишет другой, хоть и мирового уровня специалист, даже не патологоанатом, а патофизиолог и патоморфолог атеросклероза.

Сам ли А.И. Абрикосов пригласил Николая Николаевича, останется тайной. Аничков пишет в этой главе, что теория изнашивания Тома, ангиомалации, явилась полностью не состоявшейся уже в начале века, о чем не могли не знать все врачи и в 1924 году если и могли поставить диагноз «атеросклероз износа» то только под давлением.

Позднее, к 40-летию своей профессиональной деятельности академик А.И. Абрикосов написал объемные мемуары, в которых подробно рассказал обо всей своей жизни, упомянув массу мелких деталей. Вот только

вскрытие В.И. Ульянова в книге лишь упоминается. Хотя, вроде как, важнейший эпизод... И «молчащие» мемуары, и учебник, в котором заменено авторство именно одной главы, укладываются в рамки следующего предположения. Алексей Иванович Абрикосов принял решение никоим образом не касаться темы атеросклероза. Власть предержащие могли расценить его слова как разглашение информации об истинной природе заболевания В.И. Ульянова.

Клиническое сообщество, получило диагноз от Политбюро, который долгие годы не подлежал обсуждению. Таким образом, всех нас лицемерно лишили права на истину.

«Клиническое мышление — это творчество, обладающее признаками яркого индивидуализма, но стандартизированное постоянным, на протяжении всей жизни врача, обучением».

В.М. Новоселов

Горки, 22 января 1924 года

Разбираясь в ребусе судьбы академика Абрикосова, которая занесла его утром 22 января 1924 года в усадьбу вдовы Морозова Горки, я попросил о встрече Наталью Юрьевну Абрикосову, его внучку, которая является фактическим хранителем семейного архива. Когда в 1955 году ее дед, основатель школы отечественной патологической анатомии умер, она еще была слишком мала, чтобы что-то запомнить, кроме того, что академик

постоянно работал и все члены семьи его оберегали, как могли. Беседа произошла в кофейне на Смоленской площади, Наталья Юрьевна с интересом слушала мой рассказ.

Разумеется, не существует и не может существовать никаких документальных ответов на вопрос, почему профессор Абrikосов оказался в тот день за городом. Нет ни писем, ни фотографий, приказов или короткой записки о приглашении его для вскрытия, как в прочем, и никаких других бумаг, напоминающих о любых событиях, связанных с 22 января 1924 года. Наталья Юрьевна полностью подтвердила мои предположения. Кроме того, она сообщила, что в семье великого патологоанатома, никогда не говорили об этом событии.

Итак, патологоанатомическое исследование тела В.И. Ульянова выполнил основатель отечественной патологической анатомии, академик, а на тот момент заведующий кафедрой патологической анатомии Московского университета, профессор Алексей Иванович Абrikосов. Вскрытие началось в 11-40 22 января 1922, производилось в присутствии десяти человек и окончилось через 3 часа 10 минут в 14-50. В своих воспоминаниях Алексей Иванович, однако, отметил его длительность несколько большую, а именно как 3 часа 50 минут.

Вскрытие производил сам Алексей Иванович в присутствии профессоров Ферстера, О., Осипова, В. П., Дешина, А. А., Вейсброда, Б. С., Бунака, В. В., д-ра Гетье, Ф. А., д-ра Елистратова, П. И., д-ра Розанова, В. Н., д-ра Обуха, В. А. и Народного Комиссара Здравоохранения РСФСР Семашко, Н.А. Подписать акт должны были все одиннадцать человек, назначенных в комиссию, но в итоге подписало лишь десять. Как уже упоминалось, личный

врач семьи Ульяновых доктор Федор Александрович Гетье заключение не подписал. На пожелтевших от времени страницах газет января 1924 года под бюллетенем стоят подписи 11 человек, под актом только 10.

Молчание было самым главным компонентом безопасности семьи академика в те сложные годы. Трудно представить, что кто-то принявший участие в столь важном событии в истории страны и ни словом не обмолвился с женой, не передал ничего детям, даже когда они выросли. Это уже само по себе вызывает огромное удивление, но похоже, А.И. Абрикосов сделал правильный выбор, и, возможно, именно поэтому мне было с кем поговорить. Думаю, что великий ученый, родившийся в одной из самых богатых семей Российской империи, ограбленный режимом, лишенный всего, кроме науки, сконцентрировался на сохранении жизни своих близких и с головой ушел в работу. Ему на момент смерти Ленина было уже 49 лет, он был зрелым человеком. Впереди у него было еще тридцать лет продуктивной работы, которая позволила ему создать школу отечественной патологической анатомии.

Внучка великого ученого подарила мне журнал, в котором к 40-летию профессиональной деятельности сам Алексей Иванович лично дает описание своей жизни. Вот что Алексей Иванович пишет: *«1924 год был для меня знаменательным. Кроме того, что я был избран деканом медфака, весной того же года я был избран депутатом в Московский совет РК и КД»*. Не вызывает сомнения, что, если А.И. Абрикосов ничего не пишет о вскрытии Ленина, это подтверждает, что он решил никоим образом не поднимать этот пласт своей памяти, не касается того дня в Горках, опасаясь, что власть может хоть в какой-то мере оценить это как нарушение договора.

Внучка А.И. Абрикосова рассказала мне, что ее дед мог попасть в Горки согласно рекомендации помощника В.И. Ульянова Владимира Дмитриевича Бонч-Бруевича, который был довольно близок с их семьей. Как вариант, А.И. Абрикосова мог также рекомендовать и врач семьи Ульяновых Ф.А. Гетье, главный врач и организатор строительства Солдатенковской больницы, у которого будущий академик работал прозектором долгое время и которого он знал еще со времен, когда тот был студентом лечебного факультета. Об этом знакомстве писал и сам Алексей Иванович в своих мемуарах.

Это мог, конечно, быть и элемент случайности, но вариантов было только два. Остановлюсь поподробнее на данном вопросе. К началу 1924 года уже умерли патологоанатом М.Н. Никифоров, крупная фигура в отечественной медицине, с огромным опытом и эрудицией и профессор Г.В. Власов, также профессор высших женских курсов. Известный патологоанатом, которым он станет впоследствии С.С. Вайль, тогда еще только молодой врач. Из тех, кого могли пригласить вскрывать Ленина и писать акт патологоанатомического заключения, остаются В.И. Кедровский, который был забаллотирован в 1918 году, В.С. Девицкий, профессор кафедры патологической анатомии Московского университета. В итоге остались А.И. Абрикосов и И.В. Давыдовский, возглавлявший прозекторскую комиссию Московского городского отдела здравоохранения, т.е. непосредственно подчинявшийся заведующему Наркомздрава Москвы В.А. Обуху.

Вероятнее всего, надо ставить вопрос, почему же не выбрали Давыдовского? Ответ таков. Как уже было сказано выше, Ипполит Васильевич принимал непосред-

ственное участие в организации вассермановских станций, и какая-то связь Ленина даже с фамилией человека, в честь которого названа реакция Вассермана (или RW), была крайне нежелательна.

Следует заметить, что А.И. Абрикосова репрессии все-таки коснулись. Несмотря на всю его осторожность и преклонный возраст, в 1951 году он был отстранен от работы на своей кафедре в рамках «дела врачей». Предположу, что про него вспомнил Сталин. Вождь народов ничего не забывал...

Итак, покойному Ленину поставлен уникальный и несуществующий диагноз. На взгляд обывателя все выглядит очень правдоподобно, но любой человек, знакомый с патофизиологией атеросклероза, понимает, что перед ним выдумка, сляпанная на скорую руку. Комиссия состоит из лучших представителей науки того времени. Их опыт и знания не имеют аналогов. Они не могут не понимать, что подписывают филькину грамоту! Почему же они ее подписывают? Да просто потому, что им приказали подписать именно этот вывод, который был заранее подготовлен и спущен сверху.

Справедливости ради отметим, что не все, кто подписал акт, могли выявить столь вопиющий подлог. В комиссии были два наркома, один анатом, один антрополог, которые могли и не встречать таких пациентов на секции. А вот для оставшихся семерых подобного рода вскрытия были рутиной. Немецкий доктор Ферстер, которому было, в общем, все равно, уже паковал вещички и собирался домой. А что творилось в душе у оставшихся шестерых? Трое из них были большевиками и подчинялись партийной дисциплине — Розанов, Вейсброд,

Елистратов. Из троих оставшихся — Абрикосов, Гетье, Осипов, подписали акт двое.

На старого доктора Федора Гетье, врача с высочайшим личным авторитетом, который не подписал акт, тогда просто махнули рукой, и разобрались позже так, как было принято у И. Сталина — он ничего никому не прощал. Это понимал и Алексей Иванович Абрикосов.

Когда в конце встречи с Н.Ю. Абрикосовой в моих руках появилась старая книга под редакцией ее деда, с соавторами «Сифилис головного мозга», изданная в 1927 году, в которой патоморфологию сифилиса мозга описал сам Алексей Иванович, она очень удивилась, поскольку о существовании данного труда в семье академика ничего не знали.

Печатные труды родного деда, на мой скромный взгляд, если их не забывают специально, обычно знают все потомки, собирающие материалы, посвященные истории семьи. Издание за госсчет такой книги в годы, когда ходило огромное количество слухов о специфичной, как тогда говорили, болезни вождя, можно объяснить только тем, что времена были «беззубые».

В 1925 году вышла книга В.П. Осипова «Психические болезни».

Большая ее часть посвящена прогрессивному параличу. На основании этой книги, в Альманахе «Намедни» 2 часть от 1986 года, автором обширной статьи делается предположение, что Осипов, якобы, намекает на известного пациента, т.е. как бы описывает картину его болезни по заданию какого-то лица. На мой взгляд, это типичный пример того, как историки жирными мазками подгоняют историю медицины под свои фантазии.

Нет, товарищи и коллеги, доктор В.П. Осипов, как впрочем, и коллектив авторов труда под редакцией Аб-

риковского, не решал сиюминутных политических задач, а работал для всего медицинского сообщества. Такие труды создаются годами и десятилетиями. Они складываются из тысяч наблюдений. Если случай Ленина и есть среди них, то он, лишь один из многих. Заболевание пациента В.И. Ульянова, было типичным для начала XX века патофизиологическим процессом инфекционной природы.

Что же касается историков, то их клинический опыт сводится к тому, что они изредка читают медицинские книги, а потом находят у себя симптомы всех болезней. Люди, предполагающие, что врачи ставят диагнозы как в карточной игре «веришь — не веришь», не могут сделать правильных выводов никогда. Даже если они доктор исторических наук.

Итак, книги Абрикосова и Осипова были изданы, но по взаимному согласию клинического сообщества, самих авторов и власть предержащих, благополучно забыты на долгие годы. Возможно, потому они и уцелели. В них описывается не только клиническая картина, которая соответствовала менинго-васкулярному сифилису, указываются методы, которыми лечили таких пациентов, но и самое главное, практически как под кальку описана морфология сосудов мозга пациента Ульянова. Подробное описание клинической картины и патоморфологии у таких пациентов как Ленин разрушает постулат некоторых историков, которые утверждают, что у особенных людей и болезни особенные. Не станем их переубеждать. Пусть доживают свою жизнь с такими убеждениями. Для нас же важно: врачи лечили своего именитого пациента на основе высших стандартов того времени, соответственно клинической картине заболевания, с учетом этиологии и патогенеза болезни.

«Труп пожилого мужчины»

«Труп пожилого мужчины правильного телосложения» — это первые слова, которые читаешь в акте патологоанатомического исследования тела В.И. Ульянова. Напомню, что на момент смерти возраст пациента был лишь 53 года 9 месяцев. Кому в наши дни придет в голову назвать человека в этом возрасте пожилым? Соответствует ли такое определение современным понятиям о «пожилом возрасте»? Есть ли основания предполагать, что у пациента было ускоренное старение, связанные с износом организма, как следствие повышенных нагрузок, ведь поставлен же ему диагноз: «артериосклероз от износа».

А, может быть, ничего удивительного и необычного для такой формулировки в 20-е годы не было? Для того, чтобы понять частный ли это случай или все соответствовало общим принципам возрастных оценок, который использовали в те времена профессор А.И. Абрикосов и другие патологоанатомы, я запросил в архиве оригинальный акт (фильмокопию), выполненный тем же специалистом в 1926 году в ходе вскрытия тела Ф.Э. Дзержинского. В нем также написано «труп пожилого человека». Акт заверен всеми членами комиссии. Этот «пожилой человек» на момент смерти был младше В.И. Ульянова на пять лет. Ему было лишь 48... При этом на секции тела профессионально, на самом высоком уровне, описан именно атеросклероз, как мы его понимаем сегодня.

Мой вывод — понятие возраста вообще, пожилого возраста, старости были в начале XX века несколько другими. Они находятся в постоянной динамике, эволюционируют вместе с человеком. Подходить к устаревшим понятиям с современных позиций невозможно. Это, как

если бы обсуждение современных знаний механизмов нейродегенеративных заболеваний перенести на сто лет назад, а стандарты ведения больных с прогрессирующим параличом, которые были приняты сто лет назад, обсуждать на клиническом разборе сегодня.

В наше время, когда человек в развитых странах, живет намного дольше, чем сто лет назад, критерии начала пожилого возраста и даже старости быстро изменяются. Качество жизни, уровень активности также изменились по сравнению с тем, что было сто лет назад. Возможно ли современного человека «третьего возраста» со смартфоном в руке, быстро перемещающего в пространстве на самолетах и ежедневно выкладывающего фото и видео в фейсбук и инстаграмм, сравнить с человеком, родившимся в конце XIX века? Конечно, нет. Население мира не только быстро стареет, но и понятие начала старости, зрелости и т. д. смещаются. Я уверен, это смещение продолжится и далее. Начало пожилого возраста и старости будет смещаться и далее на более позднее число лет. А что нам это принесет, покажет только будущее.

Что же касается термина «пожилой человек», который использовал профессор, а в последствии академик А.И. Абrikосов применительно к телу Ленина, то он употребил их правильно, в соответствии с представлениями клинического сообщества того времени.

Сегодня население планеты быстро и неуклонно стареет. Это стало уже значимой социально-экономической проблемой во всех развитых странах, где количество пожилых людей достигает 20-25% от общей численности популяции. Сегодня людей старше 65 лет около 650 млн., но к 2050 году, по прогнозам, их будет уже до 2 миллиардов. При этом, значительно быстрее будет расти группа людей старше 80 лет.

Популяция РФ также однозначно стареет, это уже ясно всем. При этом, удельный вес пожилых и старых людей растет также очень быстро, на что указывает изменение соотношения стариков и детей. Например, соотношение количества детей в возрасте 0–4 лет и людей в возрасте 80–84 в популяции упало с 1991 года по 2017 в 3,3 раза. В 1991 году было 1 083 тысяч людей в возрасте 80–84 лет и 10 703 тысяч детей 0–4 лет, а на 1 января 2017 года стало людей 80–84 лет 3 414 тысяч человек и 10 207 тысяч детей возраста 0–4 лет. Официальные данные говорят, что женщин старше 90 лет в Москве живет 5 599 человек при женском населении 6 637 365 и мужчин на этот же период 2016 года 19 920 при общем их количестве 5 692 761, что обозначает, что в популяции города Москвы индекс долголетия 5,6 промиле (очень высокий). В 1990 году этот показатель был 2,4, и в 2000 году — 3 промиле. Тут также заметен рост. Людей старше 100 лет также в Москве 4 135 человек на 1 января 2016 года (все вышеприведенные данные Росстата).

Очевидно, постарение популяции на планете привело к смещению понятия старости, поэтому мы и смотрим на заключение, в котором написано «пожилой человек», с большим удивлением.

Сегодня в XXI веке, приблизительно половина населения планеты умирает в развитых странах от клинических последствий атеросклероза или болезни Маршана-Аничкова.

Люди преклонного возраста требуют значительных затрат со стороны самого общества, так и его социальных институтов. Так только число центров по социальному обслуживанию людей пожилого возраста и инвалидов в РФ — 1944 учреждений, а число центров, где пациенты, значительная часть из которых

лица пожилого и старческого возраста, находятся на постоянном стационарном обслуживании у нас 1618. У человека, который всегда мечтал жить дольше, сегодня появилось дополнительное обоснование совмещения персонального желания жить дольше с экономическими интересами общества, в котором тот же человек должен быть как можно дольше здоровым и способным к самообслуживанию. Сегодня в РФ численность граждан пожилого возраста и инвалидов, состоящих на учете и ожидающих своей очереди для принятия на домашнее обслуживание, составляет в нашей стране 31 880 человек. Растут как грибы и частные пансионаты для старых людей в ближайшем Подмосковье, которые на сегодня не требуют лицензирования по предоставляемой услуге, поэтому их сложно подсчитать.

Это свидетельствует о росте количества пациентов, в том числе, вернее в первую очередь, и с болезнью атеросклероз с его клиническими проявлениями — инфарктами различной локализации, мозга, сердца, почки, кишечника и т.д. Несмотря на то, что человек стал жить дольше и качественнее, сама болезнь и ее проявления никуда не ушли, инфаркты даже помолодели. Это говорит об актуальности проблемы, так как по мнению автора у человека увеличился период жизни, когда он дольше живет, имея атеросклеротические страдания.

В последние годы в сфере биологии произошел ряд фундаментальных открытий, которые дают ученым основания полагать, что есть не очень отдаленные перспективы увеличения ПЖ человека и повод чаще говорить о геропротекции. Взяв любое, популярное и не очень, издание СМИ, мы можем увидеть массу рекомендаций «как же увеличить продолжительность

жизни». Список их огромен, и они хороши и полезны в части ЗОЖ, особенно в части изменения образа жизни, физической активности или ограничения калорийности питания, которыми они по сути и являются, но лишь до того момента, когда люди, раздающие такие рекомендации и, зачастую не имеющие ни прямого, ни косвенного отношения к медицине, не начинают рекомендовать готовые лекарственные средства, т.е. средства, направленные как на этиологию(причину) и патогенез(механизмы) заболеваний, в прочем, как и на симптоматическое лечение.

Голос врачей в этой теме не слышен, так как они в силу медицинской этики не раздают в общественном пространстве никаких советов по приему рецептурных препаратов, что также запрещено им и законами РФ. В этой ситуации, с одной стороны комичной, с другой печальной, хочется напомнить врачебный принцип «не навреди», которым врачи пользуются еще со времен Галена и Авиценны и сказать, что этого ни в коем случае делать нельзя без консультации и наблюдения врача, так как в отличие от БАД, которые направлены на улучшение качества жизни и не требуют клинических испытаний и регистрации со стороны государственных регуляторов МЗ РФ и Росздравнадзора, лекарства обязательно такую стадию проходят. Так как нет клинических испытаний на человеке, показывающих такое увеличение ПЖ, причем без побочных эффектов, снижения качества жизни, рекомендовать их с этой целью просто нельзя. Испытания на животных, даже на высших приматах и даже такого общепринятого в геронтологии воздействия как ограниченной по калорийности диеты, слабо переносимы на другой «более долгоживущий вид человека современного», кроме

того, интерпретация авторами полученных результатов не всегда однозначна, как не однозначен и сам дизайн исследований.

Что уж говорить про испытания на животных, которые в природных или естественных условиях просто не болеют атеросклерозом или эта болезнь у них не имеет стадии петрификации. Нужны длительные клинические исследования на людях, а речь идет о десятилетиях лет, больших выборках, при том, что будут такие же объемные контрольные группы, при этом группы должны быть стандартизированы по уровню питания, активности, социальной обеспеченности, вредным привычкам и даже использованию прочих лекарственных средств, что практически исполнить сегодня невозможно. Использование же в качестве доказательств работ на моделях, от дрожжей до кроликов, которые как известно атеросклерозом не болеют, если только в них насильно не вливать холестерин, показывает, что результаты тут часто зависят от дизайна исследования, убеждений самих авторов работы и часто, просто не повторяемы.

В начале 1990-х годов я полагал, что Ленину препаратами мышьяка ускорили течение именно этой болезни. Тогда мне казалось, что для исследователя механизмов атеросклероза сосудов головного мозга история пациента Ульянова — это настоящий завершённый эксперимент по ускорению атеросклероза препаратами арсенобензольного ряда. Надо сказать, что за время изучения данного клинического случая, я отказался от принципа патофизиологического монизма атеросклероза (инфильтрационной теории Н.Н. Аничкова), несомненно, сцепленного с самими механизмами старения человека, но

без явной причинно-следственной связи. А если атеросклероз можно ускорить у человека, вводя мышьяк в организм, то нельзя ли его и замедлить антидотами арсенола?

Впрочем, судя по записям врачей, они полагали, нет, они были уверены, что перед ними не атеросклероз, а нейролюэс, причем в одном из типичных вариантов течения и, соответственно, проводили лечение данной болезни согласно принятым в то времени стандартам. На основании синдромального и нозологического мышления, изучения множества материалов начала XX века по атеросклерозу и сифилису, у меня в результате выработалось четкое понимание, что врачи лечили пациента В.И. Ульянова исключительно от нейросифилиса. Последний манифестировал у него в неврастенической форме сифилитического психоза, в терминологии лечащего врача, профессора В.П. Осипова. На течение заболевания у пациента также оказало влияние токсическое действие препаратов арсенбензольного ряда и, весьма вероятно, и ртути. И не было никакого атеросклероза, кроме как «по возрасту» в аорте и венечных артериях.

Да, у пациента В.И. Ульянова оказался не атеросклероз, а одно из самых распространенных в те годы инфекционных заболеваний, в определенной клинической форме, как следствия поражения определенных сосудов мозга. Но, несмотря на стандартность данного клинического случая для того времени, это одна из самых запутанных и даже детективных историй в мировой медицине. Ничего не дав для понимания механизмов атеросклероза, в истории мировой медицины болезнь и смерть Ленина останется одним из самых интересных и поучительных случаев.

«Доказать можно все, что наиболее отчетливо видно на примере акта патологоанатомического заключения В.И. Ульянова»

Доктор В.М. Новоселов

Почему ошибочное мнение бывает самым распространенным?

Когнитивное искажение или «предвзятость», склонность принимать ту информацию, которая подтверждает личные убеждения человека, и отрицать те факты, которые этим убеждениям противоречат, в нашем случае очень характерны. Долгие годы многие люди, в том числе и медики, соглашались с трактовкой, что «непроходимые сосуды без просвета как шнуры» это отражение «атеросклероза износа», диагноза, который был придуман для пациента Ульянова. С точки зрения здравого смысла в этом диагнозе все выглядело как бы логично, но это тот самый редкий случай, когда здравый смысл надо было отложить и заняться изучением истории медицины начала прошлого века.

Вот мнение выдающегося философа современности К.Р. Поппера, обосновывающую возможную гносеологическую позицию по данному вопросу: *«С той точки зрения, которую мы здесь выработали, мы должны отвергнуть как совершенно неосновательную любую субъективистскую эпистемологию, предлагающую выбирать в качестве исходного пункта то, что представляется ей не вызывающим никаких сомнений, а именно наши «прямые» или «непрямые» переживания. Конечно, эти переживания в общем хороши и успешны, но они не являются ни «прямыми», ни «непосредственными», ни «абсолютно надежными».*

Если разум нужен нам для того, чтобы формировать точные суждения, то трудно представить себе более серьезную преграду на этом пути, чем предвзятость мышления. Тот факт, что выжила данная черта человека, прямо указывает на то, что у нее есть функция адаптации в среде, вероятно, повышающая жизнеспособность индивида. Выслушав чужие аргументы, мы с заметной для нас легкостью сможем обнаружить в них самые слабые точки.

Многие эксперименты демонстрировали парадокс, когда участников попросили решить несколько самых простых логических задач, а потом им было предложено пояснить свои ответы и изменить их, если в процессе отвечающий находил ошибку. Удивительный факт: многие, даже обнаружив ошибку, повторяли свой первоначальный ответ, а изменения вносили лишь около 15% из общего участников. И многие подобные опросы психологов доказывают — человек с трудом меняет свое ошибочное мнение. Это демонстрирует эволюционную задачу данного феномена в мышлении, связанную непосредственно с его выживанием, пусть мнение ошибочное, но оно было связано с мнением большинства, это было более безопасно, чем найти ошибку во мнении большинства и высказать свою точку зрения.

Как правило, сильные эмоциональные высказывания, связанные с тем или иным вопросом, не говорят о его глубоком понимании. И наша зависимость от чужой точки зрения лишь усугубляет радикальность новых взглядов. Но науку можно рассматривать как систему, устраняющую подобные ошибки, к которым склонны все люди, так как в условиях научного эксперимента нет места для предвзятости, ведь исследование можно повторить в других лабораториях, там, где нет мотива для

подтверждения искаженного результата. Именно поэтому система научных доказательств пользуется доверием во всем мире.

К сожалению, убежденность большей части нашего общества в причинах болезни В.И. Ульянова, в неправильности его лечения и механизмах смерти основателя СССР, основаны на представлениях, «жестко» заложенных политическим руководством страны. В их основе, на взгляд автора, лежит заведомо неверная информация, начиная с бюллетеней о болезни В.И. Ульянова, а потом и высказывания практически всех политических деятелей и чиновников от здравоохранения. Эти представления были закреплены в момент сильных эмоциональных потрясений, и именно эмоциональность высказываний ряда историков, не обладающих современными медицинскими знаниями, как в прочем и знаниями в области истории медицины начала прошлого века, и говорят автору, что они не верны.

Слишком высокая эмоциональная составляющая информации, подаваемой частью историков СССР, как, впрочем, и современными «лениноведами», требующая дополнительного обеспечения участия как структур лимбико-ретикулярной системы, симпатической системы вегетативного обеспечения, говорит, что они не верны. Для подачи обычно верной информации, совершенно не нужно использовать слишком энергозатратные физиологические механизмы, и только ложь требует сверхэмоционального стиля подачи информации. Вспомним поговорку «Юпитер, ты сердишься — значит, ты не прав». В ней присутствует глубокий физиологический смысл.

Вот пример сознательного искажения — на 402 странице дневника указано, что врачи Ф.А. Гетье, В.П. Оси-

пов, С.М. Доброгаев поставили подписи под обращением о том, что сообщения в газетах не соответствуют желаемому и возможности быстрого выздоровления В.И. Ульянова нет. В эти же дни октября 1923 года нарком Н.А. Семашко, выступая на общегородском партийном собрании в Одессе, отвечая на вопросы о здоровье Ленина, говорит: *«Речь его настолько улучшилась, что он почти свободно говорит.... Ильич рвется к работе. Однако нам приходится удерживать его от этого, так как мы чувствуем ответственность за его здоровье не только перед российским, но и мировым пролетариатом».*

Запись в дневнике врачей: *«Врачи пользующие Владимира Ильича не раз отмечали и считают необходимым указать, что в следствии отрицательного отношения больного к лечебным мероприятиям в следствии **повышенной чувствительности** его организма к ряду лекарств веществ и существующего у него отрицательного отношения к врачам вообще — не удастся использовать в надлежащей степени все лечебные мероприятия, которые врачи находят полезными и существенными, поэтому, они вынуждены ограничиться применением лишь некоторых средств в небольших дозах и профилактическими мерами».* А вот что написано в биохронике: *«Здоровье Ленина настолько улучшается, что врачи проф. О. Ферстер и С.М. Доброгаев выражают уверенность в постепенном восстановлении речи».* Об этом же: *«В связи с улучшением здоровья Ленина прекращаются дежурства медсестер».*

Клиническое мышление — это высоконаучное и творческое мышление, с одной стороны обладающее признаками яркого индивидуализма, с другой стороны стандартизированное длительным и постоянным, как

правило, на протяжении всей жизни врача, обучением. Широта познаний врачей, как правило, приводит к тому, что они хорошо разбираются в различных областях философии, связанных с познанием человека. Хороший врач — всегда философ, что не означает, что философ — хороший врач. Выражение «лечить не болезнь, а больного» несет в себе признаки какой-то сложно объяснимой чертовщины, и людям без профильного образования даже не нужно пытаться понимать и вносить дополнительную путаницу, не имея на то оснований в данную историю.

Настало время прекратить любые спекуляции, основанные на непрофессиональном мнении и сознательном искажении фактов. Просто поставьте историю болезни Председателя Совнаркома В.И. Ульянова-Ленина на полку. Ничего необычного и загадочного в ней не было и нет.

Содержание

От автора	5
Часть 1. БОЛЕЗНЬ И СМЕРТЬ ЛЕНИНА В МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТАХ	9
Часть 2. ПОЯСНЕНИЯ И КОММЕНТАРИИ АВТОРА	339

Научно-популярное издание

Новоселов Валерий Михайлович

СМЕРТЬ ЛЕНИНА

Медицинский детектив

Издано в авторской редакции

Ответственный редактор *Г. Пернавский*

Художественный редактор *М. Левыкин*

Технический редактор *Н. Атауллина*

Верстка *А. Григорьев*

Корректор *Д. Мельник*

ООО «Бестселлер», торговая марка «Издательство «Пятый Рим».

Адрес: 115419 г. Москва, Рощинский 2-й проезд, дом 8,
строение 5, этаж 1, пом III, ком 3

Все наши книги можно заказать на сайте www.5rim.ru

ISBN 978-5-6043328-2-5



Подписано к печати 30.03.2020.

Формат 60х90 1/16. Гарнитура «Minion Pro». Печать офсетная.

Бум. офс. Усл. печ. л. 32,0. Тираж 3000 экз.

Зак. №

Отпечатано в:

16+ | Издание не рекомендуется детям младше 16 лет